

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N°

THÈSE

Année 1906

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 2 mai 1906

Par Pierre VALLETTE

Né à Marseille, le 7 août 1880

Ancien externe et interne des Hôpitaux de Marseille (Concours 1899-1902)
Ancien aide d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de Médecine de Marseille (Concours 1903)
Lauréat du Comité médical des Bouches-du-Rhône (Prix des internes, 1902)

VALEUR CLINIQUE

DE LA

TENSION PERMANENTE DES PAROIS UTÉRINES
EN OBSTÉTRIQUE

Président : M. PINARD, Professeur.

Juges : { M. BLANCHARD, Professeur.
 { M. RECLUS, Professeur.
 { M. RICHAUD, Professeur agrégé.

PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, RUE HAUTEFEUILLE, 19

1906



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A la mémoire de mon grand-père

MONSIEUR AMÉDÉE DUMAS

A MA MÈRE

A MES MAITRES

de l'École de Médecine de Marseille

A MES MAITRES

de la Faculté de Médecine de Paris.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE MARSEILLE

PROFESSEUR COMBALAT. Externat 1901.

PROFESSEUR FR. ARNAUD. Externat 1902. Internat 1905.

PROFESSEUR VILLENEUVE. Internat 1903.

PROFESSEUR LAGET. Internat 1903.

DOCTEUR SCHNELL. Internat 1904.

PROFESSEUR D'ASTROS. Internat 1904.

DOCTEUR PLUYETTE. Internat 1905.

PROFESSEUR QUEIREL. Internat 1905.

DOCTEUR BOY-TEISSIER. Externat 1900. Internat 1906.

A Messieurs les Docteurs

JUGE, chirurgien des Hôpitaux.

ACQUAVIVA, chirurgien des Hôpitaux.

RISS, accoucheur de la Maternité.

AUBERT, chirurgien des Hôpitaux.

A TOUS MES CAMARADES D'INTERNAT

A MONSIEUR LE DOCTEUR QUEIREL

Professeur de clinique obstétricale,
Directeur de l'Ecole de Médecine de Marseille,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
et de la Société de Chirurgie,
Officier de la Légion d'Honneur.

A mon Président de thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR A. PINARD

Professeur de clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine.
Chevalier de la Légion d'Honneur.

VALEUR CLINIQUE

DE LA

TENSION PERMANENTE DES PAROIS UTÉRINES

EN OBSTÉTRIQUE

INTRODUCTION

L'étude clinique de la tension des parois utérines est la conséquence immédiate de la pratique du palper abdominal. En effet, c'est seulement depuis que le palper s'est vulgarisé, qu'il est devenu d'un usage absolument courant, que l'on a été appelé à reconnaître, à apprécier et à étudier cet état particulier de tension de l'utérus.

Aussi, quelques mots sur le palper nous semblent-ils l'introduction tout indiquée et presque nécessaire à notre étude, l'histoire de l'un étant intimement liée à celle de l'autre.

Et pour cela nous ne pouvons mieux faire que de nous reporter au « Traité du Palper » de M. le Professeur PINARD. En effet, c'est dans son livre que notre modeste travail va plonger ses racines ; c'est aussi dans son livre que nous avons trouvé l'essence même des idées que nous nous

proposons de réunir et d'exposer aussi simplement que possible.

Pour notre génération actuelle, le palper est une pratique quotidienne à laquelle nous nous sommes livré dès le principe de nos études obstétricales, et il constitue pour nous la base de tout examen clinique.

Cet usage, que nous faisons journellement du palper, nous a toujours paru une chose si naturelle que nous n'avons pas été peu surpris, en lisant le livre de M. le Professeur PINARD, de voir combien cette pratique mit longtemps à s'établir d'une façon définitive et précise, malgré le nombre des auteurs qui la connurent et qui s'en occupèrent. C'est que personne, avant M. PINARD, n'en avait fait systématiquement une étude méthodique et approfondie et que personne, avant lui, n'avait su se rendre un compte exact de sa véritable portée ni de tout le profit que pouvait en retirer l'obstétrique.

C'est sur les conseils de TARNIER que M. PINARD se livra à une étude spéciale du palper : après de longues et consciencieuses recherches, de très nombreux et minutieux examens, il publia son Traité qui jeta un jour nouveau sur la question. En laissant de côté les exagérations de quelques-uns, il sut insister sur le côté pratique de cette méthode d'exploration qu'il mit en relief avec une netteté telle qu'elle se vulgarisa très vite et devint, grâce à lui, une pratique courante dont nous ne savons plus nous passer aujourd'hui.

Pendant que l'usage du palper se répand de plus en plus, que le manuel opératoire en est mieux établi, nous voyons en même temps se préciser davantage la notion

de tension des parois utérines. Et si TARNIER (1) présente encore cet état particulier de l'utérus comme une source d'erreurs en faisant remarquer combien il rend la palpation difficile, il n'en signale pas moins déjà d'une façon très nette « cette tension excessive des parois » qui est produite, dit-il, par des causes diverses sur lesquelles il ne s'explique pas. Avec PINARD, la sensation spéciale que fournit l'utérus tendu s'affine, se précise mieux et les causes qui peuvent lui donner naissance sont parfaitement étudiées, comme nous pourrons le voir au cours de ce travail.

Dans un premier chapitre, nous étudierons ce que l'on entend par ces mots : « Tension des parois utérines », nous tâcherons de bien établir ce qu'ils signifient au point de vue clinique et ce à quoi ils répondent.

Nous nous efforcerons ensuite de montrer l'importance que peut présenter, pour le clinicien, au double point de vue du diagnostic et du pronostic, la constatation de cet état particulier de l'utérus, soit au cours d'une grossesse qui paraît évoluer normalement, soit au cours d'une grossesse qui menace d'être interrompue par une cause quelconque, soit enfin pendant le travail ou dans les heures qui le précèdent.

Mais avant d'entreprendre le développement de notre sujet, qu'il nous soit permis de remercier notre Maître, M. le Professeur QUEIREL. Après nous avoir inspiré ce travail, il a bien voulu nous guider dans nos recherches, de ses conseils-bienveillants et éclairés, nous ouvrant largement son service pour faciliter nos investigations ; nous

(1) LENOIR, SÉE et TARNIER, Atlas complémentaire de tous les traités d'accouchement. Paris, 1863.

lui en resterons toujours profondément reconnaissant.

M. le Professeur PINARD a bien voulu accepter la présidence de cette thèse, nous ne savons comment le remercier du grand honneur qu'il nous fait et nous le prions de bien vouloir agréer l'assurance de notre vive gratitude pour la bonté avec laquelle il nous a toujours accueilli.

CHAPITRE PREMIER

Définition

Lorsque l'on applique la main sur le ventre d'une femme enceinte, on peut éprouver trois sensations différentes :

1° L'utérus se délimite assez bien, la paroi est molle et souple. En explorant avec douceur, on arrive très aisément à reconnaître les différentes parties du fœtus ;

2° L'utérus se délimite très bien, il est dur et donne la sensation d'un kyste bien tendu, mais il est très difficile de sentir et d'apprécier ce qu'il contient. Cependant, si l'on a un peu de patience, si l'on sait, en causant, détourner l'attention de la femme examinée, on ne tarde pas à voir ce globe tendu se ramollir progressivement et sa paroi redevenir souple, comme dans le cas précédent ;

3° Enfin, malgré quelques moments d'attente et bien que l'on se soit placé dans les conditions les plus favorables, on constate que l'utérus reste toujours dur, dur, comme nous disions tantôt, la sensation d'un kyste.

Dans le premier cas, les parois sont souples ; dans le second, on a affaire à une contraction indolore et passagère ; enfin, dans le troisième, les parois sont tendues ; on dit qu'il y a tension permanente.

Etudions, en détail, ces trois états particuliers fournis par l'utérus gravide quand on le palpe; nous verrons se préciser davantage le terme de « tension » constante des parois ulérines.

Que l'on nous pardonne, si nous insistons ainsi, mais il nous semble que cela est nécessaire pour dissiper toute confusion possible et pour bien établir ce qui va faire l'objet de nos recherches cliniques.

Prenons, pour fixer les idées, une femme dans la dernière moitié de la grossesse.

Les parois sont souples. Ici, tout le monde nous paraît d'accord. La chose est d'ailleurs facile à constater, l'utérus se laisse bien déprimer et l'on arrive parfaitement à délimiter les diverses parties du fœtus ainsi que la façon dont il se présente et la position exacte qu'il occupe.

Nous n'insisterons pas davantage.

Mais, si l'utérus est dur, il faut, comme nous l'avons vu, se livrer à un examen critique avant de pouvoir dire s'il y a tension des parois.

Un examen un peu superficiel, ou trop court, risquerait fort de nous induire en erreur.

Plusieurs causes peuvent, en effet, solliciter l'utérus et produire un durcissement et une tension passagère.

C'est, d'abord, la sensation du froid produite par le fait de découvrir la malade.

Ce sont ensuite les mains de l'accoucheur qui, par leur contact seul, ou par leur température un peu basse, peuvent exciter la contractilité de l'utérus et produire un durcissement passager.

C'est enfin, nous n'osons pas dire la brutalité, mais la rudesse, la brusquerie de l'opérateur qui, en crispant sa

main comme un véritable crochet, pourra déterminer ce même phénomène.

Tout cela est d'ailleurs signalé dans plusieurs de nos traités classiques actuels à propos du diagnostic de la grossesse par l'exploration externe, et VARNIER y insiste suffisamment dans son « Obstétrique journalière » au chapitre du manuel opératoire du palper abdominal.

Toutes ces causes d'erreur sont, comme on le voit, faciles à éviter. Il suffit de les connaître et d'y prendre garde.

Nous avons pris toutes les précautions nécessaires, nous nous sommes placé dans les conditions les plus favorables, ne nous hâtons pas cependant de conclure, car, ne l'oublions pas, l'utérus se contracte pendant les derniers mois de la grossesse sans provoquer, toutefois, la moindre douleur. Mais ces contractions indolores sont de peu de durée, et, avec de la patience, on ne tarde pas à les voir disparaître et à sentir de nouveau la paroi molle et souple.

Enfin, depuis un moment déjà, nous examinons cette femme, nous avons su attendre le temps nécessaire, les parois sont toujours rigides. Pouvons-nous affirmer qu'il y a une tension constante ?

Ici, sans présenter une statistique, nous tenons à signaler ce que nous avons très souvent constaté au cours de nos recherches.

Nous avons été frappé de ce que des femmes, examinées à leur arrivée à l'hôpital, et qui présentaient une tension assez marquée, avaient, le lendemain, des parois absolument souples.

Ces femmes étaient, pour la plupart, des ouvrières qui

travaillaient la veille encore de leur admission dans les hospices ; il suffisait donc d'un peu de repos pour mettre leur utérus dans le relâchement.

Ce fait n'a certainement pas d'importance si l'on recherche la tension des parois dans une clientèle aisée où les femmes s'observent et se reposent généralement, mais il en a une, croyons-nous, si l'on opère à l'hôpital ou dans une clientèle ouvrière. Si nous insistons, c'est pour tirer cette conclusion qu'il ne faut pas porter trop rapidement le diagnostic de tension des parois et, avant d'être affirmatif, savoir, après un léger repos, pratiquer un nouvel examen attentif.

Nous avons enfin rempli toutes les conditions nécessaires, nous avons évité toutes les causes possibles d'erreur ; nous pratiquons notre second examen, et nous disons : il y a tension des parois. Qu'est-ce que cela signifie exactement ? A quelle sensation précise cela correspond-il ?

Ici, nous empruntons au Professeur PINARD la définition très exacte qu'il donne dans son « Traité du Palper » à propos de la grossesse gémellaire.

« La sensation, dit-il, qu'on éprouve alors, assez difficile à bien définir, est facilement appréciable dès qu'on a tant soit peu l'habitude de ce procédé d'exploration. Au lieu de déprimer avec facilité la paroi utérine, on sent que cette paroi est tendue, résistante ; c'est une sensation analogue à celle qu'on éprouve quand on déprime une vessie de caoutchouc distendue par un liquide ou par de l'air. Ce n'est pas la sensation molle qu'on perçoit en l'absence de toute contraction, quand on déprime la paroi de l'utérus normalement rempli, ce n'est pas davantage la sensation dure, presque ligneuse, qu'on perçoit quand on

déprime la paroi utérine, lors de la contraction ; c'est une sensation intermédiaire qu'on peut comparer encore avec celle, très connue des médecins, et qu'on perçoit quand on déprime la paroi d'un kyste bien rempli. »

Cette définition est suffisamment explicite et suffisamment détaillée ; il serait superflu d'y ajouter quoi que ce soit : qu'il nous suffise de dire que c'est la véritable signification que nous donnons au terme de tension des parois. C'est cette sensation intermédiaire, si bien comparée par le professeur PIXARD à celle que donne un kyste bien rempli, que nous avons recherchée ; nous allons voir maintenant dans quelles circonstances nous l'avons constatée et quel profit le clinicien peut en tirer.

CHAPITRE II

Valeur clinique de la tension permanente des parois pendant la grossesse.

Nous venons de définir de notre mieux ce que nous entendons par le terme « tension permanente des parois » ; abordons franchement notre sujet, cherchons les cas dans lesquels on rencontre ce symptôme, et, quand on l'a constaté, quels sont les enseignements que l'on peut en déduire, autrement dit quelle est sa valeur clinique.

Ces enseignements sont de deux sortes, et peuvent nous être fort utiles, au double point de vue du diagnostic et surtout du pronostic. C'est du moins la conclusion à laquelle nous ont conduit nos recherches ; c'est le résultat d'ensemble de notre étude.

Pour cela nous nous sommes adressé à deux sources différentes d'informations, dont notre étude est en quelque sorte le résumé.

D'une part, nous avons des observations cliniques, recueillies par nous, en vue de notre sujet, grâce à l'amabilité du professeur QUEIREL, qui a bien voulu nous faire appeler dans son service chaque fois qu'un cas se présentait dans les conditions que nous recherchions.

Nous avons eu recours ensuite à une statistique portant sur 961 observations, recueillies à la Maternité,

sous la direction de M^{lle} Mouren, maîtresse sage-femme, du 1^{er} juillet 1904 au 1^{er} décembre 1905, en dehors de toute idée préconçue et d'une façon absolument étrangère à nos investigations.

Nous publierons à la fin de chaque chapitre les observations cliniques qui en sont la véritable base, et nous ferons appel, chaque fois que cela sera nécessaire, à notre statistique que nous résumons en un tableau à la fin de ce travail.

Pour plus de clarté, divisons encore notre étude : recherchons tout d'abord la tension constante, pendant la première moitié de la grossesse. Pourrons-nous déjà la constater et pourrons-nous tirer profit de sa connaissance ?

Etudions-la ensuite dans la seconde période de l'évolution gravidique, où elle sera pour nous plus facile à bien connaître et nous fournira des renseignements fort utiles.

I. — PENDANT LA PREMIÈRE MOITIÉ DE LA GROSSESSE

Dans les premiers mois de la grossesse, il est quelque fois difficile de déterminer d'une façon bien précise les limites exactes de l'utérus, si bien que l'on peut se demander s'il est possible d'apprécier utilement sa consistance, son état de tension plus ou moins forte, plus ou moins continue. Il est certain qu'à cette époque de la gestation une certaine pratique du palper est nécessaire pour avoir des sensations un peu nettes ; mais, avec de l'habitude, on arrive très bien à reconnaître l'utérus et nous ajoutons qu'on le délimite d'autant mieux qu'il est tendu.

Si, dans ce cas, l'utérus se trouve très facilement, s'il s'offre pour ainsi dire à la main qui le palpe, son état de tension qui vient de nous en faciliter la recherche peut, si on le méconnaît, être une source d'erreurs graves.

Plusieurs fois on a vu prendre un utérus gravide en contraction permanente pour une tumeur pathologique et principalement pour un fibrome ; d'autant mieux que le professeur PINARD a attiré l'attention sur la contraction possible de certains fibromes. On a pu voir, dans ce cas, des chirurgiens y porter leur bistouri d'une façon bien involontaire d'ailleurs, mais toujours regrettable. Tout cela on l'entend raconter en clinique, mais on n'en trouve aucune trace dans la littérature médicale, car, malheureusement, ces observations, qui seraient si instructives, sont de celles que l'on oublie de publier. Aussi est-ce volontiers que nous attirons l'attention sur ce fait clinique à propos de notre sujet.

Après avoir signalé cette erreur, dont l'état de tension des parois peut être la cause, voyons maintenant quelle en est l'origine ?

Les contractions indolores, si elles n'en existent pas moins dans les premiers mois de la grossesse, sont cependant plutôt rares ; en tous cas, elles n'ont qu'un caractère absolument transitoire. Il faut donc chercher autre chose.

A cet âge de la grossesse, deux causes sont liées à l'état de tension des parois utérines : la première est une hydropisie précoce de l'amnios, que l'on a pu constater dès le 4^e ou le 5^e mois et qui produit, en même temps que la tension permanente, une augmentation anormale du volume de l'organe gestateur.

Nous n'avons pas d'observations personnelles à ce sujet, aussi nous bornons-nous à rappeler celle publiée par PINARD dans son *Traité du Palper*. Dans cette observation, nous voyons que la nommée C... Marie, enceinte pour la 5^e fois, a eu ses dernières règles le 18 janvier 1886. Elle remarque elle-même, le 24 avril, c'est-à-dire dans le cours du 3^e mois, que son ventre prend un développement rapide et, le 24 juin, c'est-à-dire dans le 5^e mois, on constate, à son entrée à l'hôpital, que son utérus présente un volume plus considérable que ne le comporte l'âge de la grossesse et, de plus, qu'il est dans un état de tension excessive.

Nous n'insistons pas davantage sur les détails de cette observation; nous en retenons ce simple fait: la possibilité, dans les six premiers mois de la grossesse, d'une hydropisie de l'amnios que peut révéler l'état de tension permanente de l'utérus.

La seconde cause, à laquelle nous faisons allusion plus haut, pour expliquer l'état de tension des parois, c'est l'imminence de l'avortement.

A cet âge de la grossesse, la tension des parois est en quelque sorte le véritable signe précurseur de l'avortement; souvent les douleurs font défaut, il n'y a pas d'hémorragies, l'avortement ne va pas moins se produire et il ne pourra être évité que si l'on voit l'utérus se détendre et se ramollir.

Le Professeur PINARD a déjà insisté sur ce fait, et nous citons volontiers ce qu'il dit en parlant des sensations fournies par le Palper pendant les premiers mois de la grossesse: « On perçoit trop l'utérus, dit-il, on le prend pour une tumeur pathologique et principalement pour un

fibrome. Il est, dans ce cas, en état de contraction permanente et, bien que ces contractions soient encore indolores, on peut dire que le travail d'expulsion se prépare, c'est ce que j'ai pu constater assez souvent. »

Nous n'insistons pas davantage ici sur ce dernier point, nous y reviendrons dans le chapitre spécial que nous réservons à l'avortement et à l'accouchement prématuré.

En résumé, pendant la première moitié de la grossesse, l'état de tension des parois utérines peut faire croire, si on ne le connaît pas, à l'existence d'une tumeur pathologique. Par contre, elle facilite la délimitation de l'utérus.

Enfin, elle traduit une exagération précoce de la quantité du liquide amniotique et peut nous mettre en garde contre l'éventualité d'un avortement qui ne se manifeste encore par aucun autre symptôme.

Elle a, par conséquent, même dans les grossesses jeunes, une réelle signification.

II. — PENDANT LA SECONDE MOITIÉ DE LA GROSSESSE

Pendant la deuxième moitié de la grossesse, la constatation de l'état de tension de l'utérus va nous fournir des indications plus nettes et plus utiles.

Ainsi, quand on examine une femme au cours de sa grossesse, et que l'on constate chez elle un utérus constamment tendu, qui donne cette sensation de kyste rempli dont nous parlons dans notre définition, à quoi doit-on tout d'abord songer, et de quel côté faut-il diriger ses investigations? Dans ce cas-là, deux hypothèses s'offrent immédiatement à l'esprit : il faut savoir envisager la possibilité d'un hydramnios ou celle d'une grossesse

multiple. Il doit se faire, croyons-nous, une véritable association entre l'idée de tension permanente, d'une part, et celle d'hydramnios ou de grossesse multiple, de l'autre; si bien que la présence de l'une doit toujours faire penser à l'autre.

Mais, en tous cas, ce ne sont là que des hypothèses qu'il faut cliniquement vérifier avant de se prononcer d'une manière définitive.

Ainsi, sans nous permettre de porter immédiatement le diagnostic, la perception de ce symptôme particulier a du moins le grand mérite de nous mettre sur la voie de ce diagnostic, et de nous montrer de quel côté nous devons diriger nos recherches et nos investigations.

Tel est le fait que nous nous proposons de mettre en évidence dans ce chapitre.

Pour cela, disons tout d'abord que PINARD a déjà, dans son *Traité*, attiré l'attention des cliniciens sur la présence de cet état spécial de l'utérus dans les cas d'hydramnios et de grossesse gémellaire, et que VARNIER (1) signale dans son livre, en parlant du palper, la coexistence de cette tension permanente des parois avec un excès de partie solide ou liquide.

Etudions ensuite les faits que nous avons pu relever nous-mêmes, et voyons s'ils viennent confirmer ce que nous venons de dire.

Nous divisons notre étude en deux paragraphes, l'un pour l'hydramnios, l'autre pour la grossesse multiple : dans chacun nous apportons les chiffres fournis par notre statistique opposant ceux des cas à parois souples à ceux des cas à parois tendues.

(1) H. VARNIER. *Obstétrique journalière*, pp. 44, 53.

Nous verrons ensuite les conclusions rationnelles que l'on peut en déduire.

1^o Hydramnios.

Ce n'est pas par un simple effet du hasard que nous sommes amené à parler en premier lieu de l'hydramnios et que nous plaçons son étude en tête de celles des complications de la grossesse que l'on rencontre le plus souvent dans les cas de tension permanente des parois.

C'est parce que, de toutes ces complications, l'hydramnios est celle que l'on trouve de la façon la plus constante. Nous voulons dire par là que l'hydramnios coïncide presque toujours avec un état de tension très marqué des parois de l'utérus. C'est du moins ce que nous avons pu constater dans notre statistique, où nous trouvons 18 cas d'hydramnios, qui s'accompagnent tous de tension des parois.

Dans la thèse de Siou (1), qui étudie l'hydramnios dite aiguë, nous trouvons, très bien décrit, au chapitre des symptômes, cet état spécial de l'utérus, qui rend, dit-il, l'examen difficile; et dans ses 23 observations, nous trouvons nettement signalée 16 fois, c'est-à-dire environ dans les trois quarts des cas, la tension permanente des parois. Nous devons faire remarquer que, dans plusieurs de ces observations, dont quelques-unes sont un peu abrégées, si ce symptôme n'a pas été signalé, il ne faut peut-être pas se hâter d'en déduire qu'il n'existait pas.

Ainsi donc l'état de tension des parois nous paraît avoir une réelle importance au point de vue du diagnostic; et si, vers la fin de la grossesse, quand la quantité de liquide

(1) Siou, Thèse de Paris, 1896.

amniotique est considérable, la sensation de flot très nette, ce diagnostic saute aux yeux, vers le milieu de la grossesse, il n'est pas toujours aisé de l'établir.

C'est alors que la tension des parois aura une réelle valeur clinique; elle viendra nous guider, nous mettre sur la bonne voie et nous amener à rechercher la perception du flot.

Dans la thèse que nous citons plus haut, quelques observations viennent en témoigner et dans l'une d'elles, où cet état paraît avoir été méconnu, on peut voir que le bistouri a été porté par erreur sur un utérus gravide avec hydramnios précoce.

En dehors des cas d'hydramnios manifeste, l'état de tension des parois peut encore nous renseigner sur la quantité de liquide contenu dans la cavité amniotique. En effet, dès que cette quantité dépasse la normale, on note fréquemment cette tension permanente de la paroi.

Dans notre statistique, nous voyons que l'abondance du liquide est plus fréquente (24 0/0) dans les parois tendues que dans les parois souples, où l'on ne trouve que 16 0/0. D'ailleurs, dans ces cas où la quantité de liquide avoisine la normale, l'appréciation exacte est plutôt difficile; aussi n'attachons-nous pas une très grande valeur à ces deux derniers chiffres. A vrai dire, cette exagération du liquide amniotique peut très bien ne pas être considérée déjà comme de l'hydramnios, car il est assez difficile d'indiquer à quelle quantité minimum de liquide on peut donner le nom de cette complication.

Enfin, dans notre observation II, nous avons pu voir la tension des parois cesser avec la résorption du liquide amniotique.

En résumé, la première chose à laquelle doit faire songer un utérus tendu c'est l'exagération du liquide amniotique, hypothèse qui demande ensuite à être vérifiée par un examen plus complet.

Au point de vue du pronostic, nous pouvons dire, en terminant, que la tension des parois, si elle devient trop considérable, peut, dans certains cas, venir aggraver encore le pronostic de l'hydramnios.

Ainsi, dans une observation de grossesse gémellaire avec hydropisie d'un seul œuf, rapportée par PIXARD, elle a pu produire des douleurs très vives, une dyspnée intense, une situation tellement intolérable qu'il a fallu en arriver à une ponction de l'œuf.

Dans d'autres cas, elle a pu également nécessiter une rupture précoce ou prématurée des membranes, ce qui n'est pas non plus sans danger.

En somme la tension des parois a une réelle importance clinique dans les cas d'hydramnios.

OBSERVATION I. — *Personnelle.*

R... S... 28 ans, ménagère, entre au dortoir le 5 décembre 1905. Rien dans ses antécédents pathologiques ne mérite d'arrêter notre attention.

Elle a marché à un an et depuis 12 ans elle est régulièrement réglée. Cette primipare a eu ses dernières règles du 1^{er} au 4 mars et depuis lors sa grossesse a évolué d'une façon normale jusqu'au moment de son entrée à la Maternité.

A l'examen, on constate que l'utérus, assez développé, est dévié à droite; sa hauteur est de 0,36 centim.; ses parois sont dans un état de tension permanente et excessive. Le palper est extrêmement difficile et ne permet pas de porter un diagnostic précis.

On pense à de l'hydramnios à cause des dimensions de l'utérus et de son état de tension.

Un palper très minutieux fait reconnaître la présence d'un fœtus que l'on déplace très facilement, dont le sommet paraît se présenter au détroit supérieur, et dont on ne peut préciser la position exacte.

On ne perçoit aucun foyer d'auscultation. Au toucher, le col, très ramolli, offre encore toute sa longueur, l'orifice interne est à peine perméable; sur le côté droit du segment inférieur on constate une sorte d'empâtement, de résistance molle, qui fait songer à l'insertion basse du placenta. La femme perd d'ailleurs un peu de sang par la vulve.

D'après les renseignements qu'elle donne, cette femme aurait eu, chez elle, une hémorragie assez importante; toutefois son état général paraît maintenant bon; le pouls est lent et bien frappé.

L'examen des urines est absolument négatif. Cette femme est mise en observation.

Le 5 décembre, à 10 h. du soir, elle commence à souffrir: les douleurs sont courtes mais assez suivies. A minuit, la poche des eaux se rompt spontanément et donne issue à une très grande quantité de liquide amniotique clair, 2 litres à 2 litres et demi environ.

Par le toucher, pratiqué aussitôt, on reconnaît que la dilatation est seulement égale à un fond de verre, et que le sommet est fortement engagé.

La fontanelle postérieure est sentie à gauche et en avant.

L'utérus est redevenu souple, et dans l'intervalle des contractions on peut sentir un plan dorsal à gauche et en avant et l'on perçoit maintenant un foyer d'auscultation sur la ligne médiane.

La dilatation est complète à une heure du matin et, à 5 h., la femme expulse en OP un fœtus du sexe masculin, très vigoureux, pesant 3 150 gr.

Sitôt après l'expulsion, un léger écoulement sanguin se produit; une partie des membranes sort de la vulve mais le placenta ne s'est pas encore engagé. Devant la persistance de l'hémorragie on fait la délivrance artificielle.

Le placenta a une forme ovale et présente, à une extrémité, un gros cotylédon du volume du poing, qui descendait dans l'utérus presque sur l'orifice interne. Le poids total est de 500 gr.

Injection intra-utérine ; état très satisfaisant.

Suites de couches, physiologiques.

Réflexions. — Ici on remarque que c'est la notion de tension des parois de l'utérus qui a fait porter le diagnostic d'hydramnios d'emblée, bien que la quantité de liquide ne soit pas excessive.

De plus, nous notons volontiers qu'immédiatement après l'expulsion du liquide l'utérus est redevenu souple, ce qui a permis d'établir le diagnostic de position en même temps que les bruits du cœur fœtal redevenaient perceptibles.

OBSERVATION II

Due à l'obligeance de M^{lle} MOUREN, maîtresse sage-femme.

D... Alice, primipare âgée de 20 ans, entre au dortoir le 1^{er} octobre 1904. Elle a marché à 18 mois et n'est réglée que depuis l'âge de 15 ans d'une façon très irrégulière d'ailleurs.

Il est difficile d'obtenir de sa part des renseignements précis sur ses antécédents pathologiques ;

Elle nous apprend néanmoins qu'à l'âge de 15 ans elle eut une bronchite et que, depuis, on lui faisait chaque hiver des applications de pointes de feu sur le thorax. Elle présente en outre une très mauvaise denture et souffre de névralgies depuis fort longtemps.

Elle eut ses dernières règles du 11 au 17 février ; elle est donc enceinte de 7 mois au moment de son entrée dans le service. Sa grossesse a évolué sans complication aucune. Cependant elle ressent de fortes douleurs lombaires.

Son utérus a une hauteur de 0.32 cm., ce qui est considérable, étant donné l'âge de la grossesse ; il est dévié à droite et paraît très développé.

Les parois de cet utérus, excessivement tendues, rendent le palper très difficile. C'est à peine si l'on arrive à reconnaître une présentation du sommet, que l'on fait balloter au-dessus du détroit supérieur.

Le squelette paraît normal, le promontoire est inaccessible.

Sur la ligne médiane on entend, avec beaucoup de difficulté, les bruits du cœur fœtal, qui sont très assourdis.

On perçoit nettement la sensation de flot, et l'on porte le diagnostic d'hydramnios.

La tension artérielle est de 9, avec l'appareil de Verdin.

L'examen des urines est absolument négatif.

Le 15 octobre, la malade est examinée de nouveau, l'état est sensiblement le même ; on remarque cependant que les parois sont un peu moins tendues.

Le 5 novembre, la malade, qui a été examinée à plusieurs reprises, présente des parois, presque souples ; le liquide paraît s'être résorbé.

Par le palper on arrive maintenant à diagnostiquer un sommet en OI DP.

La tension artérielle est remontée à 12.

Enfin le 29 novembre, à 8 h. du matin, cette femme monte à la salle de travail : la dilatation est égale à une pièce de 1 fr., les contractions sont très peu suivies. La dilatation, qui atteint les dimensions d'une pièce de 2 fr. à 4 h. du soir, est complète à 9 h. 45. On perce alors la poche des eaux et l'on recueille soigneusement tout le liquide qui s'en échappe : il pèse 300 grammes.

La tête s'engage alors et fait sa rotation presque aussitôt. La femme expulse, après une heure et demie d'efforts, un fœtus du sexe féminin pesant 300 gr., qui crie immédiatement.

La délivrance se fait normalement une demi-heure après l'expulsion.

Le placenta pèse 420 gr.

Réflexions. — Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue. Sans entrer dans une longue discussion qui sortirait de notre sujet, qu'il nous soit permis de revenir un peu sur l'état de tension des parois.

Cette femme, à son entrée à la Maternité, présente des parois utérines en état de tension permanente, et des signes cliniques qui permettent de porter d'une façon catégorique le diagnostic d'hydramnios. Mais à de nouveaux examens on n'est pas peu surpris de voir le liquide amniotique, qui paraissait très abondant au début, se résorber progressivement, pour être expulsé en quantité normale au moment de l'accouchement. Quelle est la cause de cette résorption ? Ceci nous importe peu ; mais, par contre, nous sommes heureux de constater que cette résorption s'est accompagnée de deux phénomènes : d'abord, d'une élévation de la tension

(sanguine), ce qui paraît en rapport avec la résorption du liquide et ensuite, et surtout, de l'assouplissement des parois. Cet utérus, qui était tendu, presque impalpable, se laisse maintenant assez facilement déprimer et permet de faire un diagnostic de position.

Ce fait a pour nous une réelle valeur, il vient pleinement confirmer notre opinion, à savoir que l'état de tension des parois était en rapport étroit avec la quantité de liquide contenue dans la cavité amniotique.

Enfin faisons remarquer encore que cette observation nous a été communiquée par M^{lle} MOREUX qui l'a recueillie à une époque où nous ne songions pas encore à ce travail.

OBSERVATION III. — *Personnelle.*

G... L..., multipare de VII, âgée de 37 ans, arrive dans le service de la Maternité le 11 septembre 1905. Elle a marché à un an, elle est régulièrement réglée depuis l'âge de 13 ans, et n'a aucun antécédent pathologique. Son passé obstétrical peut être rappelé brièvement : ses six grossesses ont évolué normalement, excepté la 5^e qui s'est terminée au 40^e jour ; sur ces cinq enfants, trois sont aujourd'hui en parfaite santé, les deux autres sont morts l'un à huit ans, de méningite, l'autre, à trois ans, de bronchite. Disons enfin que la grossesse actuelle est d'une paternité différente.

Les dernières règles datent du 8 au 12 février.

En examinant cette femme, on constate que le ventre est très développé et que le volume de l'utérus ne paraît pas en rapport avec l'âge de la grossesse.

Ce dernier, dévié à droite, mesure 0, 40 cm. de hauteur.

Les parois utérines sont excessivement tendues et rendent le palper presque impossible.

On entend, sur la ligne médiane, d'une façon à peine perceptible d'ailleurs, les bruits du cœur fœtal.

Au toucher, le col est ramolli, légèrement perméable. Dans l'aire du détroit supérieur, l'index fait balloter une partie fœtale qui donne une vague sensation de sommet mollassé ; on porte le diagnostic d'hydramnios.

Cette femme, qui de temps à autre ressent de vagues douleurs et ne se meut qu'à grand'peine, est placée en observation.

Le 13 septembre 1905 le travail se déclare à 5 heures du matin et elle entre à la salle d'accouchements ce même jour à 11 heures du matin : la dilatation est alors égale à une pièce de 2 fr. Le Dr Russ, chef de service, voit la femme à ce moment et perce la poche des eaux. Une quantité considérable de liquide amniotique, 6 litres environ, de couleur jaune verdâtre, s'écoule aussitôt en formant un véritable jet.

La femme est immédiatement soulagée.

Par le toucher, on arrive alors sur une arcade sourcilière et un globe oculaire; on peut même atteindre les autres parties de la face qui sont tournées vers la gauche; à droite, on sent une saillie assez prononcée et, lui faisant suite, un espace membraneux beaucoup plus étendu qu'une fontanelle normale.

A ce moment les douleurs cessent presque complètement pour ne reprendre qu'à intervalles éloignés vers 4 heures du soir.

A 7 heures du soir, la dilatation est complète; la face descend, mais sans changer de position. Les bruits du cœur ne se perçoivent plus.

Enfin, à 8 heures du soir, la femme expulse un fœtus du sexe masculin mort-né anencéphale, pesant 1350 gr. Nous avons présenté ce petit monstre au comité médical des Bouches-du-Rhône.

On a dû faire la délivrance artificielle. Le placenta, inséré sur le segment inférieur (m. m. = 36/0) pèse 500 gr.

Réflexions. — Dans cette observation, la tension des parois était en rapport avec une hydramnios dont le diagnostic s'imposait; elle était devenue telle qu'il a fallu rompre la poche des eaux au début du travail pour soulager la malade qui souffrait énormément. Nous notons également que l'accouchement s'est produit prématurément pendant le 7^e mois de la gestation; fait à rapprocher de l'état de tension extrême des parois.

OBSERVATION IV. — *Personnelle.*

C... R..., secondipare, âgée de 23 ans, sans profession, entre dans le service le 5 octobre 1905.

Elle n'a marché qu'à trois ans, mais n'a jamais boité ultérieurement. Elle présente cependant aux membres inférieurs des signes de rachitisme très nets : son bassin pourtant n'est nullement vicié :

son premier accouchement s'est d'ailleurs terminé spontanément à terme par l'expulsion d'un enfant bien conformé, qui mourut quelques semaines après sa naissance.

Actuellement cette femme est en puissance de syphilis. Elle a suivi un traitement mercuriel, mais d'une façon irrégulière et dans des conditions tout à fait insuffisantes.

Les deux grossesses ne sont pas du même père.

Les dernières règles datent du 1^{er} au 5 mars 1905. A son entrée dans le service, le 5 octobre, à deux heures du matin, on constate tout d'abord chez cette femme une perte de sang relativement peu abondante.

On note à l'examen un état de tension permanente de l'utérus qui se trouve sur la ligne médiane et paraît assez développé; il a une hauteur de 29 cm. Le palper, très difficile, ne donne pas de renseignements utiles.

On perçoit assez facilement la sensation de flot.

Au toucher, le col a encore toute sa longueur; les orifices sont perméables; on arrive très nettement sur le sommet, qui paraît peu volumineux et que l'on fait aisément balloter.

Un foyer d'auscultation est perçu sur la ligne médiane.

Cette femme, qui a de vagues douleurs, est mise en observation. Elle reçoit une injection vaginale chaude: l'écoulement sanguin s'arrête bientôt.

Le 6 octobre, à 2 heures du matin, des contractions assez fortes apparaissent.

On constate que la dilatation est égale à une pièce de 2 fr. et que la poche des eaux, très volumineuse, est excessivement bombante.

Les douleurs sont peu fréquentes et le travail ne progresse pas.

Enfin, à 3 heures du soir, les contractions deviennent plus énergiques et plus rapprochées.

La dilatation est égale à 5 fr., lorsque la poche des eaux se rompt brusquement.

Il s'écoule environ 6 litres de liquide amniotique verdâtre et sanguinolent.

Peu après, la femme expulse en OP un fœtus du sexe féminin pesant 1.500 gr, qui fait quelques inspirations, mais succombe rapidement en dépit des soins dont il est l'objet.

La délivrance s'effectue normalement, le placenta pèse 600 gr., il est volumineux, sclérosé et très friable (M. M. = 30/40).

L'état de la mère est satisfaisant.

Réflexions. — Dans cette observation, nous rapprochons de la tension des parois, la longueur de la période de dilatation. Dans ce long travail de 48 heures, la femme n'a mis que quelques instants, après la rupture prématurée de la poche des eaux, pour expulser le fœtus. Nous rapprochons volontiers cette tension permanente des parois en rapport avec l'hydramnios, de l'inefficacité des contractions et de la longueur du travail.

2^o Grossesses multiples.

Nous venons de voir combien la notion de tension permanente des parois peut être utile pour porter, au cours de la grossesse, le diagnostic d'hydramnios. La valeur clinique de ce signe serait incomparable, dans ce cas, si on ne le rencontrait pas dans un autre ordre de faits : nous voulons parler des grossesses multiples.

En effet, hydramnios et grossesse multiple sont, comme nous l'avons déjà dit, les deux états que révèle presque toujours, pendant la grossesse, la tension permanente de l'utérus; nous avons vu ce qui se passait pour l'hydramnios, étudions maintenant la grossesse multiple.

Si l'on a la certitude que le liquide amniotique n'est pas en quantité exagérée dans l'utérus, et si l'on constate cependant un état de tension très prononcé des parois, on doit immédiatement envisager la possibilité d'une grossesse multiple.

Telle est l'idée que nous nous proposons de mettre en évidence dans ce chapitre.

Pour cela, considérons tout d'abord les diverses observations publiées dans ces dernières années : nous voyons en effet que l'état de tension permanente de l'utérus, dans les cas de grossesse multiple, a été constaté et signalé

depuis fort longtemps. MAURICEAU écrivait déjà : « Il y aura quelque apparence que la femme porte plusieurs produits de conception si elle est extraordinairement grosse, sans qu'il y ait en elle aucun soupçon d'hydropisie... Outre cela, j'ai souvent observé que les femmes qui ont plusieurs enfants sont beaucoup plus incommodées, pendant le cours de la grossesse, qu'elles ont aussi le ventre plus *tendu* en rondeur, et non pas si en pointe sur le devant. »

Ce fait de la tension de l'utérus n'avait donc pas échappé à l'observation de cet admirable clinicien.

Plus récemment, le Professeur PINARD, en parlant du diagnostic par le palper des grossesses gémellaires, a écrit dans son traité : « Un fait, que je crois général, frappe, dès qu'on commence à explorer, par le palper, l'utérus qui contient plusieurs produits de conception, c'est la tension permanente de la paroi utérine. »

Ceci est plus net, plus précis, et justifie pleinement notre affirmation du début, à savoir : que la grossesse gémellaire se manifeste de bonne heure par un état de tension constante de l'utérus ; et nous pouvons ajouter que PINARD avait raison de penser que c'était là un fait général. Pour en être convaincu, qu'il nous suffise de parcourir les diverses observations de grossesses multiples qui ont été publiées dans ces dix dernières années : toujours ou presque toujours, on y trouve signalé cet état de tension.

Il nous serait difficile de citer ici tous les auteurs ; retenons-en cependant quelques-uns comme exemple.

C'est d'abord DESORMEAUX (1), qui, en raison de l'état

(1) DESORMEAUX, *Gaz. méd. de Nantes*, 1904, p. 334.

de tension des parois, put, de très bonne heure, soupçonner une grossesse gémellaire.

GUIHAL (1), en discutant dans sa thèse les divers signes de grossesse triple, fait également ressortir toute l'importance de la constatation de l'état de tension au point de vue du diagnostic : « La grossesse triple, dit-il, est une chose rare, que l'on a très peu souvent l'occasion de rencontrer, et, par cela même, à laquelle on ne pense pas ; la tension permanente des parois est un signe qui doit toujours nous y faire songer, et nous conduire à en rechercher les symptômes palpables. »

DEJOUANY (2), dans un article sur les signes de la grossesse gémellaire, dit que le fait qui frappe tout d'abord, dans ce cas, c'est la tension permanente des parois.

Enfin, récemment, THOYER-ROZAT (3) publie deux observations de grossesse triple absolument significatives. Dans la première, il a constaté très précocement la tension de l'utérus, et, dans la seconde, la surdistension était telle que le palper était devenu excessivement difficile, presque impossible.

Nous pourrions multiplier ces exemples pris dans les livres ; nous préférons faire appel à notre statistique, et étudier les résultats qu'elle nous fournit.

Nous y relevons 21 cas de grossesse gémellaire : dans ces 21 cas, 17 fois, c'est-à-dire dans les $\frac{4}{5}$ des observations, les parois étaient tendues, et 4 fois seulement, elles étaient souples. Donc, le plus souvent, les cas de gros-

(1) GUIHAL, Thèse de Paris, 1901.

(2) DEJOUANY, *Journ. de méd. de Paris*, 1901, pp. 51-53.

(3) THOYER-ROZAT, *Bull. Soc. d'obst.* Paris, 1903, p. 140.

sesse gémellaire s'accompagnent de tension permanente des parois.

Comme on le voit, cependant, le rapport n'est pas aussi constant que dans les cas d'hydramnios, où la proportion est de 100 p. 100.

Toutefois, comme pour l'hydramnios, la constatation de ce symptôme a une réelle valeur diagnostique.

Ainsi donc, en présence de cet état particulier de l'utérus, on doit penser tout d'abord à l'hydramnios; cette hypothèse éliminée, par suite de l'absence des signes caractéristiques, on doit immédiatement envisager la possibilité d'une grossesse multiple, et en rechercher les divers symptômes par un palper méthodique et attentif; cela sera peut-être difficile, mais non impossible; le palper seul peut nous permettre d'être affirmatif et de nous prononcer d'une façon certaine.

Nous devons dire cependant que certains cas sont assez embarrassants : ce sont ceux, assez nombreux, où la grossesse multiple s'accompagne d'hydropisie de l'amnios; dans les cas particuliers où il y a deux œufs séparés, avec hydropisie d'un seul œuf, le diagnostic peut devenir excessivement difficile, une grande habitude du palper est alors nécessaire pour arriver à un résultat satisfaisant.

Nous devons ajouter toutefois que ces derniers sont exceptionnels.

De toute façon, si l'on apprend à bien connaître, à bien apprécier cet état de tension de l'utérus, on saura toujours de quel côté orienter ses investigations, et par cela même on évitera les causes d'erreur.

En résumé, on voit, dans ces conditions, que la tension permanente des parois est un signe clinique des plus

importants : elle ne nous permet pas, à elle seule, de porter un diagnostic certain, mais elle nous indique en quelque sorte le chemin de ce diagnostic, en nous évitant bien des hésitations et bien des détours.

OBSERVATION V

Due à l'obligeance de M^{lle} MOUREN, maîtresse sage-femme.

C. J..., 28 ans, journalière, multipare de III. Entre au dortoir le 23 mai 1903. Elle a marché à 3 ans et ne fut réglée qu'à 15 ans. Elle n'a pas d'antécédents pathologiques. Sa première grossesse s'est terminée à terme par la naissance d'un garçon aujourd'hui âgée de 6 ans 1/2 et la seconde par un avortement au 3^e mois.

Ses dernières règles datent du 20 au 23 octobre. A l'examen, on constate que le squelette est bien conformé et que le bassin paraît normal. Son ventre est excessivement développé, l'utérus qui mesure 42 cm. de hauteur est dévié à droite; à la palpation, on remarque, d'abord, une tension permanente des parois, ce qui nécessite un examen des plus minutieux. On arrive cependant à sentir un sommet qui tend à s'engager; le plan dorsal est malaisément suivi. Dans la fosse iliaque droite, on sent une tumeur arrondie, ballottant, qui a tous les caractères d'une extrémité céphalique, plus haut, mais du même côté, une tumeur irrégulière accompagnée de petites parties; on ne peut trouver le 4^e pôle. On trouve 2 foyers d'auscultation sur la ligne médiane, l'un au-dessous de l'ombilic, le second, nettement différencié, un peu au-dessus.

On porte le diagnostic de grossesse gémellaire. Le 24 mai, bien qu'elle ne soit pas à terme, cette femme commence à souffrir. Elle descend à la salle d'accouchement où l'on constate une dilatation égale à une pièce de 2 francs.

La poche des eaux est bombante. Les douleurs sont assez suivies et, à 4 h. 1/2, la dilatation est complète; on perce la poche des eaux. Un liquide clair et abondant s'en échappe. La femme commence à pousser et expulse, peu de temps après, un fœtus du sexe masculin pesant 1750 gr. qui crie aussitôt.

On profite de la contraction suivante pour percer la 2^e poche

des eaux. Il s'en écoule un liquide légèrement rougeâtre et peu abondant.

Le sommet s'engage aussitôt et, après quelques douleurs, la femme expulse un deuxième fœtus, vivant, du sexe féminin, pesant 1.600 gr.

Réflexion. — Dans cette observation, l'état de tension permanente a éveillé l'attention et a permis, par un examen très minutieux, de faire un diagnostic exact.

OBSERVATION VI

Due à l'obligeance de M^{lle} MOUREN, maîtresse sage-femme

Joséphine S..., âgée de 37 ans, ménagère, entre au dortoir le 5 février 1903. Ses antécédents héréditaires sont excellents. Elle marcha de bonne heure et, à 11 ans, ses règles s'établirent avec régularité et sans douleur.

Peu après, elle eut la fièvre typhoïde; les suites de cette maladie furent très longues et elle ne put jamais se rétablir d'une façon parfaite.

Multipare de V, elle a un passé obstétrical des plus simples. Ses 4 accouchements se sont terminés à terme par la naissance d'enfants vivants et très vigoureux.

Enfin, sa grossesse actuelle a évolué d'une façon normale jusqu'à son entrée à la Maternité. Elle n'a jamais eu d'albumine dans les urines. Les dernières règles datent du 10 juin. Elle n'est donc pas à terme.

A l'examen, on constate que le squelette paraît normal et le bassin bien conformé; il n'y a ni œdèmes, ni varices aux membres inférieurs. Le ventre est bien développé.

L'utérus, sur la ligne médiane, mesure 0,33 cm. de hauteur; il paraît très étalé dans le sens transversal. A la palpation on remarque un état de tension permanente qui rend l'examen assez difficile. Cependant, avec beaucoup d'attention, on note l'absence de sensation de flot et la présence de 2 tumeurs qui ont les caractères d'une extrémité céphalique. La première est complètement engagée, tandis que la seconde se trouve vers le fond de l'utérus; on trouve également 2 plans dorsaux et un 3^e pôle dans la fosse iliaque gauche.

On perçoit 2 foyers d'auscultation, l'un sur la ligne médiane, un peu au-dessus du pubis, le second, près de l'ombilic et légèrement à gauche de lui.

Cette femme perd les eaux de l'amnios le 10 février, à 7 heures du soir, mais se garde bien d'en informer l'élève de service, elle ne monte à la salle de travail que le lendemain 11 février. La dilatation est presque complète, les douleurs sont fortes et se succèdent fréquemment. Enfin, à 2 h. du soir, elle expulse un premier fœtus vivant du sexe féminin pesant 1900 gr. et d'apparence assez chétive.

On sectionne le cordon entre 2 ligatures et on touche la femme; on constate la présence d'une deuxième poche des eaux que l'on rompt presque aussitôt, puis la présentation d'un siège complet en SIGA.

L'évolution se fait normalement; après le dégagement de la fesse antérieure, de la fesse postérieure et du tronc, le fœtus, très chétif, mais vivant, de sexe masculin, pesant seulement 1200 gr., est complètement et très facilement expulsé.

Délivrance normale; un seul placenta inséré sur le segment inférieur pesant 600 gr. La cloison qui séparait les 2 œufs était formée de 3 membranes accolées.

Réflexion. — Dans cette observation, l'état de tension des parois était très manifeste, il avait une grande valeur clinique, car l'utérus, par son volume presque normal, à peine exagéré, n'attirait pas spécialement l'attention de l'observateur.

Rien non plus dans les antécédents de la malade ne pouvait faire supposer l'existence d'une grossesse double.

CHAPITRE III

Valeur clinique de la tension permanente des parois utérines dans l'avortement et dans l'accouchement prématuré.

Dans l'avortement ou dans l'accouchement prématuré, la véritable signification de la tension des parois utérines a trait surtout au pronostic.

Sans doute, pour établir le diagnostic de menace d'avortement, la connaissance de l'état de tension des parois ne sera pas sans nous rendre quelque service. Dans ce cas, comme nous l'avons déjà dit en parlant de ce signe pendant la première moitié de la grossesse, l'utérus tendu s'offre à la main qui palpe ; on le sent trop, comme dit PINARD.

Toutefois, c'est bien au point de vue du pronostic que la constatation de cet état de l'utérus va nous être profitable.

Ainsi, quand on se trouve en présence d'une femme que l'on sait enceinte, qui se plaint de douleurs dans le ventre et les reins, qui, quelquefois, perd un peu de sang par le vagin, on pense bien vite à la possibilité d'un avortement ou d'un accouchement prématuré et on en recherche les signes. Cependant, ces signes sont souvent incertains, les sensations fournies par le toucher manquent parfois de précision, le pouls n'est pas accéléré et

l'on reste perplexe ; on a des doutes sur la nature exacte des douleurs. Et cependant il importe de conclure.

Eh bien c'est, croyons-nous, dans ce cas que la recherche et l'appréciation de l'état de tension de l'utérus peuvent être très profitables.

Si l'utérus est mou, s'il est souple, rassurez-vous, il n'y a pas de menace d'avortement ; cherchez en dehors de lui l'explication de ces douleurs, de ces petites pertes. Si, au contraire, il est tendu, méfiez-vous ; comme le dit M. PINARD, c'est le travail d'expulsion qui commence, et cette expulsion sera inévitable si l'état de tension persiste. Ici, notre diagnostic facilement fait, la connaissance de la tension va nous permettre de prévoir un peu les événements et de deviner ce qui va se passer.

Car enfin, PINARD attribue déjà une grande valeur pronostique à ce symptôme quand il annonce que cette tension dénote le travail d'expulsion alors même que tous les signes font défaut, qu'il n'y a ni douleur, ni hémorragie.

C'est là, vraiment, le côté intéressant de la question. La tension des parois a réellement une valeur pronostique très grande.

En effet, à l'opinion du professeur PINARD, que nous avons trouvée dans son *Traité du palper*, notre maître, le professeur QUEIREL est venu ajouter l'appui de son expérience personnelle. C'est un fait qu'il a eu maintes fois lui aussi l'occasion de constater. Sans qu'on puisse croire que nous mettons en doute ces deux opinions, nous avons voulu observer autour de nous. Nous devons avouer d'ailleurs qu'à l'hôpital les malades de la première catégorie sont assez rares. Elles arrivent le plus souvent dans

nos salles, ayant déjà avorté et, généralement, en proie à de violentes hémorragies, ou à des phénomènes infectieux dus à de la rétention placentaire. Par contre, nous avons pu observer plus fréquemment des femmes sur le point d'accoucher prématurément. Toujours nous avons pu vérifier la justesse de la proposition énoncée, toujours nous avons pu constater que les utérus tendus avortaient ou accouchaient alors que, dans les utérus à parois souples, la grossesse continuait son évolution. Les causes d'ailleurs, qui déterminaient ces menaces d'accouchements, étaient les plus diverses, ressortant soit de la syphilis, soit du décollement partiel et prématuré de l'œuf, soit enfin d'états infectieux aigus.

Ainsi, nous avons eu l'occasion d'examiner, à quelques jours d'intervalle, deux femmes dont nous rapportons l'observation à la fin de ce chapitre. Toutes deux enceintes, l'une de 7 mois, l'autre de 6, elles arrivaient dans le service, dans des conditions particulières. La première (observation VII), une Italienne, est atteinte de pneumonie. Son état est assez grave ; elle a un point de côté très violent, une température assez élevée. Au point de vue utérin, elle ne se plaint nullement, elle n'a pas de douleurs et n'a aucun signe de travail ; le col, complètement fermé, a conservé toute sa longueur. Mais, au palper, on constate que l'utérus est dans un état de tension permanente qui rend l'examen presque impossible. Elle avorte subitement deux jours après.

La seconde (observation XI), une domestique, arrive dans le service dans des conditions à peu près identiques. La dyspnée est très forte, la température assez élevée, mais les signes stéthoscopiques sont peu marqués ; du

côté de l'utérus elle nous dit ressentir quelques douleurs intermittentes et avoir eu une petite perte de sang par le vagin. Par contre, au palper, l'utérus est très souple et on fait balloter très aisément le petit fœtus. Elle sort du service parfaitement guérie et sa grossesse continue son évolution, normalement.

Ces deux cas nous ont certainement frappé et nous ont paru mettre en relief d'une façon très nette la grande valeur pronostique de l'état de tension permanente des parois. Sans entrer dans la discussion de l'avortement dans les cas de pneumonies nous pouvons répondre à une objection qui peut nous être faite. Ces deux cas, dira-t-on, se rapprochent bien, ils se ressemblent; mais l'infection n'a pas eu la même intensité, elle paraît avoir été plus intense chez la malade qui a avorté que chez celle où la grossesse a continué son évolution.

Ce fait nous paraît exact, mais il nous importe peu. En effet, ce que nous retenons de nos observations, ce n'est pas le rapport entre l'avortement et l'état infectieux, mais bien les signes par lesquels le phénomène s'est révélé. Dans un cas qui était grave, la tension des parois s'est montrée de bonne heure, alors qu'aucun autre symptôme ne permettait de craindre l'accouchement prématuré; dans l'autre, au contraire, où quelques symptômes pouvaient donner des inquiétudes sur l'évolution ultérieure de la grossesse, les parois sont restées souples et, en dépit de ces craintes possibles, la femme n'a pas avorté.

Si nous venons d'insister sur ces deux observations, c'est qu'elles nous semblent résumer très nettement nos idées et qu'elles sont, en quelque sorte, le meilleur exemple que nous ayons à donner. Car ce que nous venons de

dire à propos de ces cas de pneumonie, nous pourrions également le répéter à propos des divers états qui peuvent déterminer dans certaines circonstances l'avortement ou l'accouchement prématuré.

Lorsqu'une femme est menacée d'avortement ou d'accouchement prématuré, le point capital nous semble être le pronostic à porter ; ce qu'il importe de savoir, c'est si cet accident peut être évité ou bien s'il est absolument inévitable.

Nous pensons que la connaissance de l'état de tension est, ici, le facteur important à connaître, celui qui peut, en quelque sorte, nous permettre de trancher la question.

S'il y a tension, l'avortement est presque fatal, toutes nos précautions échoueront.

Si l'utérus est souple, soyons satisfaits : nos efforts seront couronnés de succès.

A l'appui de ces idées, nous avons nos observations, il ne nous reste plus qu'à les publier simplement.

Nous les diviserons en deux séries : celles où il y a tension et où l'accouchement se produit. Celles où les parois sont souples et où la grossesse continue.

Il nous semble que la conclusion que l'on peut en déduire est bien celle que nous en avons tirée nous-même.

Première série

OBSERVATION VII. — **Pneumonie, accouchement prématuré.**
(*Personnelle*).

B. I..., 26 ans, ménagère, est née en Italie. Ses antécédents héréditaires et personnels sont excellents. Fille unique elle a toujours eu une santé parfaite.

Elle nous apprend toutefois qu'elle ne marcha que très tard, à l'âge de 3 ans, mais que depuis lors elle n'eut jamais de claudica-

tion. Ceci est important à retenir. En effet, sa première grossesse se termina en Italie par la naissance d'un enfant aujourd'hui âgé de 6 ans qui dut être extrait sous chloroforme à l'aide du forceps : cet enfant portait, paraît-il, sur le temporal, les traces de l'instrument.

Le médecin, ayant prévenu cette femme que son bassin n'était pas normal, crut de son devoir de provoquer prématurément au 7^e mois les 4 accouchements suivants : aucun de ces quatre enfants n'a survécu.

Cette femme arrive en France, où elle est fertilisée pour la 6^e fois, par un autre procréateur.

Les dernières règles datent du 25 au 29 mars. Sa grossesse évoluait d'une façon absolument normale, lorsque, le 4 novembre, à 5 heures du soir, elle ressent un violent point de côté accompagné d'un frisson solennel.

Elle entre à l'hôpital dans le service de la clinique obstétricale le surlendemain, 6 novembre, à 11 heures du matin.

En examinant cette femme on est tout d'abord frappé par son faciès vultueux et son état de dyspnée intense. On procède immédiatement à un examen médical qui permet de porter le diagnostic de pneumonie gauche. Le point de côté est encore très intense ; la température est de 39°8. Le pouls, très rapide, bat à 130. La tension artérielle n'est pas exagérée ; on note 12 avec l'appareil de Verdin. Avant d'instituer le traitement médical, on procède à un examen obstétrical minutieux.

Le squelette de cette femme semble normal et son bassin ne nous paraît pas présenter de viciations appréciables. Le promontoire est inaccessible, les épines sciatiques ne paraissent pas saillantes. Seul le coccyx est très facilement senti ; cependant on trouve 8 cm. au diamètre coccy-sous-pubien.

Il n'y a pas d'œdème ni de varices aux membres inférieurs. Le ventre paraît normalement développé ; l'utérus, dévié à droite, a 0,30 cm. de hauteur. Il est dans un état de tension permanente qui rend le palper presque impossible. On ne perçoit aucun foyer d'auscultation.

Par le toucher, on constate que le col est très élevé qu'il a toute sa longueur. L'orifice externe admet à peine la pulpe de l'index. L'excavation est entièrement vide. En déprimant le segment inférieur on croit sentir le sommet dans l'aire du détroit supérieur.

La femme ne souffre nullement. Il n'y a aucun symptôme de travail.

On la place dans une salle d'isolement et l'on prescrit des ventouses scarifiées, une potion à l'acétate d'ammoniaque, des boissons chaudes et alcoolisées. On porte un pronostic grave pour la mère craignant un accouchement prématuré en raison de l'état de tension extrême des parois utérines.

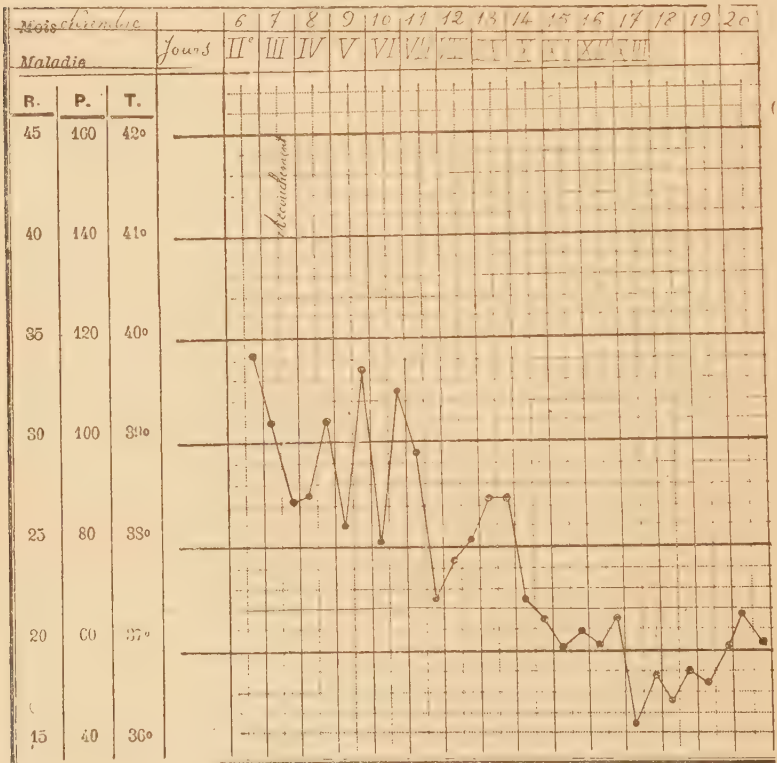


Fig. 1. — Courbe de température de la malade B. I.

Le lendemain matin, les signes stéthoscopiques sont sensiblement les mêmes, la dyspnée est toujours très intense, la température s'est un peu abaissée à 39° (fig. 1). Au point de vue génital, la situation est la même, point de douleurs, aucun symptôme de travail. La tension des parois est toujours excessive.

Enfin, à 2 h. du soir, cette femme accuse des douleurs dans le bas ventre, revenant périodiquement. On pense à un début de travail. Bien qu'il n'y ait pas grand changement, on constate par le toucher que le col est légèrement, effacé. La malade se plaint peu et n'accuse par moments que quelques douleurs. Lorsque à 4 h. 1/2, au grand étonnement de l'élève de garde, la femme se met à pousser et expulse très rapidement un fœtus du sexe masculin, qui pèse 1200 gr., fait quelques inspirations et meurt peu après.

La délivrance se fait normalement sans hémorragie, le placenta pèse 370 gr.

L'affection pulmonaire continue son évolution; on prescrit de la digitale et de l'acétate.

Le 8 novembre, un second foyer d'hépatisation se déclare à droite.

Le 10 novembre, on remplace la digitale par des injections hypodermiques de spartéine. L'état général ne s'est pas aggravé. Cependant les nuits sont très agitées.

Le 11 novembre la température descend à 37°. La malade passe dans un service de médecine, où s'achève son rétablissement.

Elle sort guérie le 24 novembre.

Réflexions. — Cette observation est intéressante à divers points de vue et, sans discuter la conduite du médecin italien, contentons-nous de noter cette tension extrême des parois utérines qui a permis de prévoir l'imminence de l'accouchement prématuré alors qu'aucun symptôme de travail ne s'était encore montré, et que l'affection dont cette femme était atteinte n'impliquait pas forcément la nécessité de cet accouchement.

OBSERVATION VIII. — **Avortement** (*Personnelle*).

C... Joséphine, secondipare de 27 ans, couturière de son état, arrive dans le service le 13 septembre 1905, à 2 heures du soir.

En l'interrogeant nous apprenons qu'en avril dernier elle fit un avortement de deux mois.

Le 1^{er} mai elle eut de nouveau ses règles. Mais le mois suivant ne voyant rien apparaître elle pensa être enceinte pour la seconde fois. Les événements lui donnèrent raison.

Dans le courant du mois de juin elle a une petite perte sanguine

qui ne dure qu'un jour et est très peu abondante. Mais le 18 août dernier elle est prise à nouveau de pertes sanguines, qui cette fois sont plus considérables et se renouvellent sans cesse jusqu'au 13 septembre, jour de son entrée à l'hôpital.

Cette femme a quelques douleurs. Son ventre est peu développé. L'utérus, qui est sur la ligne médiane, mesure 14 cm. de hauteur. Il est excessivement tendu et très difficile à palper. La perte sanguine est arrêtée.

On prescrit le repos absolu, on donne un lavement laudanisé, et des injections vaginales très chaudes.

Dans la soirée et malgré le lavement, les douleurs deviennent plus intenses. On touche la femme : le col est très ramolli, la lèvre antérieure tend à s'effacer. Le segment inférieur, distendu, paraît contenir une tumeur volumineuse.

A 8 h. du soir, on transporte cette femme à la salle d'accouchements.

La dilatation est presque complète.

La poche des eaux se rompt, la femme pousse pendant un quart d'heure et expulse en bloc un fœtus de 4 mois environ avec le placenta et les membranes. Le tout pèse 450 gr.

Le fœtus fait quelques mouvements sitôt après son expulsion et meurt.

Suites de couches normales.

Réflexion. — Cette femme était menacée d'avortement lors de son entrée à l'hôpital. L'état de tension permanente des parois utérines a permis de prévoir les événements, malgré l'absence de signes de début de travail. Cet état s'est montré de bonne heure dans un cas où l'avortement a été inévitable.

OBSERVATION IX. — Accouchement prématuré (*Personnelle*).

S. B..., 26 ans, primipare, entre à la clinique obstétricale le 20 octobre 1905. D'origine italienne, cette femme est employée dans une fabrique de tuiles où elle se livre à des travaux pénibles. Très difficile à interroger, elle nous apprend cependant qu'elle marcha de bonne heure et fut réglée à 13 ans. Mais il est impossible par contre de lui faire fixer l'époque de ses dernières règles.

Elle aurait ressenti les premiers mouvements actifs dans le courant du mois de septembre.

L'utérus mesure 0,26 cm. de hauteur. Cette femme paraît être dans le 6^e ou le 7^e mois de sa grossesse.

Elle présente un œdème très marqué et généralisé aux membres inférieurs et supérieurs, aux flancs. La face est bouffie.

On constate la présence de 12 gr. d'albumine dans ses urines.

La paroi abdominale est très épaisse, l'utérus semble tendu; on ne peut déterminer la situation exacte du fœtus. On sent cependant le pôle céphalique à droite entre les fausses côtes et la crête iliaque.

Il n'y a aucun symptôme de travail : le col, légèrement ramolli, a conservé toute sa longueur.

La femme est soumise au repos complet et au régime lacté absolu.

Les jours suivants, la quantité d'albumine diminue. Le 26 octobre, elle n'est plus que de 5 gr.

Ce jour-là, dans la soirée, la femme a une perte de sang peu abondante, qui cède à quelques injections chaudes.

Elle reçoit préventivement chaque soir un lavement avec 4 gr. de chloral.

Le 27, nouvel examen : on constate des parois excessivement tendues qui rendent le palper impossible. L'excavation paraît vide; on ne perçoit plus à droite le ballottement céphalique.

Par le toucher, on ne sent aucune partie fœtale.

Le col n'est pas ramolli.

Les bruits du cœur fœtal sont bons et s'entendent au niveau de l'ombilic.

On pense que l'hémorragie est due à un décollement prématuré du placenta en rapport avec l'albuminurie.

La femme est mise en observation.

L'état de tension extrême des parois fait craindre l'accouchement prématuré et la mort du fœtus.

Le 28 octobre, nouvelles hémorragies. L'examen est sensiblement le même. L'excavation est toujours vide. On continue le lavement de chloral; la femme garde toujours le repos.

Dans la nuit du 28 au 29, cette femme ressent quelques vagues douleurs à de longs intervalles. Le col se ramollit et une partie

ture, qui à travers le segment inférieur paraît être le sommet, descend dans l'excavation.

A 2 h. du matin, la femme entre à la salle de travail. Elle perd du sang en petite quantité.

Les bruits du cœur s'entendent à gauche et au-dessous de l'ombilic : ils sont relativement satisfaisants.

La dilatation est égale à un fond de verre.

Vers 5 heures, la dilatation est complète, on perce la poche des eaux, et la femme, très indocile, commence à pousser. Les douleurs sont assez suivies et une demi-heure après elle expulse en OP un fœtus du sexe féminin qui pèse 1.500 gr. et se met aussitôt à crier.

Cet enfant, qui serait prématuré (7^e mois), présente une longueur de 44 cm., il est cependant excessivement chétif.

La délivrance se fait normalement.

Le placenta, de forme discoïde, se présente par la face utérine et pèse 300 gr. On note sur cette face la présence d'un caillot assez peu volumineux qui se détache bientôt, ainsi que deux foyers hémorragiques. Il est inséré sur le segment inférieur.

Réflexions. — Dans cette observation, nous voyons que l'imminence de l'accouchement prématuré, quelle qu'ait été sa cause, s'est manifesté de bonne heure par un état de tension marqué de l'utérus. L'apparition de ce signe en dehors de tout symptôme de travail nous semble avoir une réelle importance au point de vue du pronostic.

OBSERVATION X. — **Accouchement prématuré.**

Due à l'obligeance de M^{lle} MOUREN, maîtresse sage-femme.

L... C., primipare de 18 ans, repasseuse, entre à la Maternité le 3 août 1905.

Elle marcha à un an, fut réglée à 13, et eut toujours une santé parfaite. Sa seule maladie fut la rougeole à l'âge de 4 ans. Ses dernières règles datent du 1^{er} au 6 décembre. Sa grossesse avait eu une évolution normale jusqu'au moment de son admission à l'hôpital, où elle arrive avec une forte hémorragie.

En l'interrogeant, nous apprenons qu'elle perd du sang depuis 2 h. du matin en assez grande abondance.

Elle présente de l'œdème des membres inférieurs et de la face.

L'examen des urines, immédiatement pratiqué, décèle la présence d'une grande quantité d'albumine.

Le ventre est assez développé; l'utérus, qui se trouve sur la ligne médiane, mesure 28 cm. de hauteur. Il est dans un état de tension permanente excessivement marqué, rendant le palper très difficile.

Par le toucher, on reconnaît une présentation du sommet amorcée. Le col est légèrement effacé, les orifices sont perméables. La poche des eaux est intacte.

On ne perçoit aucun foyer d'auscultation.

La femme continuant à perdre, on donne des injections très chaudes qui ramènent de nombreux petits caillots. La perte cesse, puis reprend au bout d'un quart d'heure.

On rompt alors largement les membranes; le liquide qui s'en écoule est légèrement teinté de sang.

La tête s'engage, l'hémorragie cesse, mais l'état général de la femme est peu satisfaisant, la tension artérielle est de 11 seulement; on injecte 300 gr. de sérum artificiel.

En examinant le ventre, on note la présence d'une tumeur volumineuse que l'on prend d'abord pour la vessie distendue; on sonde la femme et la tumeur persiste; le palper devient impossible à cause de la tension des parois.

Les contractions deviennent fortes et rapprochées, la dilatation progresse rapidement, elle est complète à 9 h., et 20 minutes après la femme expulse spontanément en OP un fœtus du sexe masculin mort-né, pesant 1900 gr.; le cordon faisait un circulaire autour du cou.

Sitôt après le fœtus, nous voyons sortir de la vulve un énorme caillot; la délivrance normale est suivie de l'expulsion d'un deuxième caillot. Ces deux caillots pèsent ensemble 150 gr., ils paraissent assez anciens.

Le placenta, sorti immédiatement après le fœtus, a sa face utérine parsemée de petits caillots, adhérents, ce qui permet d'attribuer son décollement prématuré à l'albuminurie. Il pèse 360 gr. et est normalement inséré (M. M. = 37/16).

Suites de couches physiologiques.

Réflexions. — Dans cette dernière observation, nous rapprochons encore, de l'état de tension extrême des parois utérines, la

rapidité avec laquelle l'accouchement prématuré s'est produit, tout en s'accompagnant de phénomènes graves, notamment de la mort du fœtus.

En résumé, dans ces quatre observations, où l'on a constaté la tension permanente des parois, l'accouchement prématuré a été absolument inévitable.

Deuxième série

OBSERVATION XI. — *Personnelle.*

L... Marie, primipare, âgée de 20 ans, domestique, entre à la clinique le 23 novembre 1905, se disant menacée d'un avortement. Elle a de la fièvre depuis quelques jours et tousse beaucoup.

En l'interrogeant nous apprenons qu'elle eut toujours une bonne santé; sa seule maladie fut la rougeole à l'âge de 3 ans.

Elle est réglée, assez irrégulièrement d'ailleurs, depuis sa douzième année.

Elle donne comme date approximative de la dernière apparition de ses règles la fin du mois de mai; sans être cependant très affirmative.

En examinant cette femme, notre attention est tout d'abord éveillée par une forte dyspnée et, bien qu'elle se dise uniquement menacée d'avortement, nous lui faisons subir un examen médical des plus sérieux.

En effet, cette femme, souffrante depuis 5 ou 6 jours, a continué son travail malgré de petits frissons. Cependant devant l'aggravation de son état elle dut s'aliter. Elle a de fréquentes quintes de toux qui la fatiguent et s'accompagnent de violentes douleurs de ventre.

Le facies est vultueux, la langue sèche et saburrale; la température est de 38°6 (fig. 2).

A l'examen on note, du côté des poumons, une légère submatité à droite dans le tiers moyen; à gauche: sonorité normale. Les vibrations sont conservées des deux côtés; à l'auscultation, on note seulement en arrière et à droite, dans la région submate, de l'obscurité respiratoire; il n'y a ni souffle ni râles. En avant on entend quelques sibilants.

Du côté de l'appareil circulatoire il n'y a rien de particulier : le pouls un peu rapide est bien frappé. Les bruits du cœur sont suffisamment énergiques, la tension artérielle est de 13.

Le foie n'est pas augmenté de volume.

Les reins fonctionnent assez bien ; les urines, assez abondantes, ne contiennent ni albumine, ni sucre.

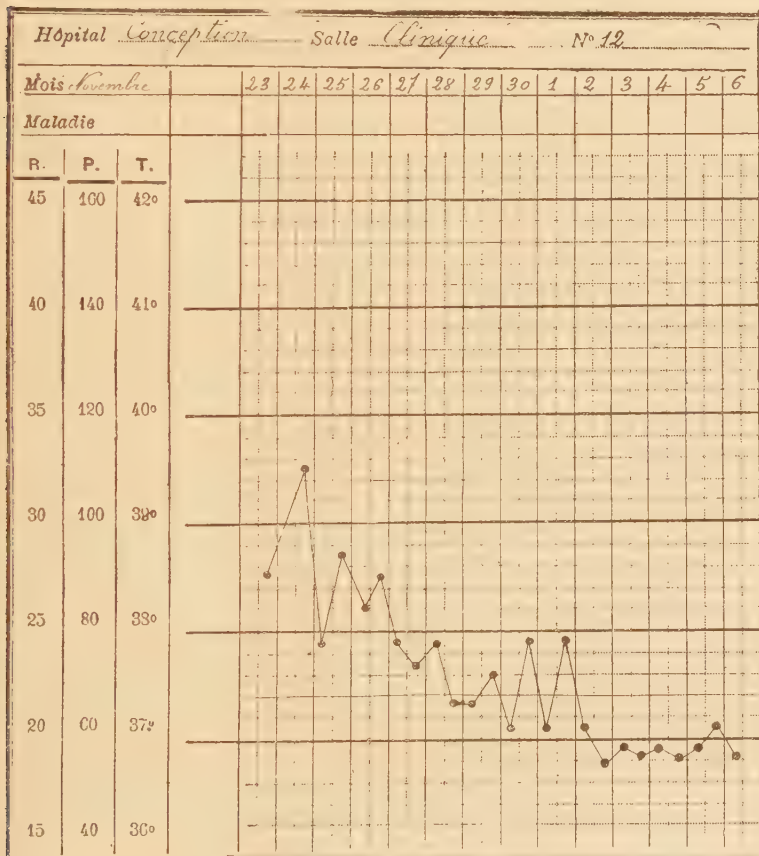


Fig. 2. — Courbe de la température de la malade L... Marie.

Au point de vue obstétrical, on constate ensuite, par le palper, que l'utérus, peu développé, situé sur la ligne médiane, mesure 18 cm. de hauteur. Il est excessivement souple. Ses parois se laissent facilement déprimer et l'on a très nettement la sensation de

ballottement. Les bruits du cœur fœtal s'entendent bien dans le voisinage de l'ombilic.

Par le toucher, on trouve le col ramolli; son orifice externe, assez largement ouvert, laisse pénétrer l'extrémité de l'index; l'orifice interne est encore fermé, l'excavation est entièrement vide.

La femme ne perd plus, mais le matin encore elle avait perdu un peu de sang par la vulve.

Comme traitement on prescrit le repos absolu, une large application de ventouses sèches, une potion à l'acétate d'ammoniaque, et le régime lacté.

Bien que la perte sanguine soit arrêtée, on donne une injection vaginale chaude.

24 novembre.—La température s'est élevée au-dessus de 39°; les signes stéthoscopiques se sont peu modifiés, l'obscurité et la submatité ont gagné cependant la base droite. Le professeur QUEREL prescrit une potion avec 1 gr. 50 d'ipéca, potion que la malade prend à doses réfractées.

Du côté de l'utérus, point de pertes. La malade se plaint de quelques douleurs qui semblent coïncider avec les quintes de toux. Mais les parois sont toujours très souples, les bruits du cœur fœtal se perçoivent bien.

26 novembre. — La température, qui s'est abaissée le matin, remonte le soir à 38.8. Du côté pulmonaire, mêmes signes : on entend à la base droite quelques râles fins. La toux est cependant moins forte, la malade expectore peu.

L'utérus est toujours souple.

30 novembre. — L'état pulmonaire s'est amélioré. L'air pénètre davantage dans le poumon droit. La toux s'est calmée, la dyspnée a complètement disparu; la température ne s'élève plus au-dessus de 38.

6 décembre. — La malade est complètement guérie. Sa grossesse continue son évolution, les bruits du cœur fœtal sont bons. Les parois utérines sont toujours très souples.

Réflexions. — Cette observation, que l'on peut rapprocher de l'observation VII, nous montre une femme qui présente un état bronchopulmonaire assez grave, ayant évolué et guéri sans interrompre la grossesse.

Nous nous bornons à rapprocher ce fait de l'état des parois utérines, qui, dans ce cas encore, étaient excessivement souples.

Cette constatation nous a permis de porter, dès le début, un pronostic favorable, alors que nous n'étions pas encore fixés exactement sur le processus pulmonaire, et que des hémorragies venaient à peine d'avoir lieu.

OBSERVATION XII. — *Personnelle.*

B. L..., 22 ans, primipare, entre à la clinique obstétricale le 6 janvier 1906, se disant menacée d'avortement. Cette femme nous apprend qu'elle fut toujours bien réglée depuis l'âge de 15 ans. A 13 ans, elle eut une variole suivie de chorée; cette dernière affection persista longtemps en dépit du traitement. Aujourd'hui encore, cette femme a, de temps à autre, quelques mouvements incoordonnés des membres supérieurs. Enfin, peu après son mariage, elle eut une éruption qui ne laissa subsister aucun doute dans l'esprit de son médecin. Le traitement antisypilitique fut institué dès ce moment.

Elle devient enceinte quelques mois après. Les dernières règles datent du 14 au 17 août.

Les 5 premiers mois de sa grossesse se passent sans grande complication. Lorsque, le 5 janvier, cette femme est prise d'une hémorragie assez forte accompagnée de douleurs abdominales; elle se croit sur le point d'avorter et entre à l'hôpital le lendemain 5 janvier.

En l'examinant nous constatons que l'utérus situé sur la ligne médiane remonte jusqu'à l'ombilic, il mesure 18 cm. de hauteur. Il est souple et se laisse facilement palper, le fœtus occupe une situation transversale, dans la cavité utérine. La sensation de ballottement est très nette. On perçoit un foyer d'auscultation à gauche de la ligne médiane.

Par le toucher on constate que l'excavation est vide, le col a conservé toute sa longueur; il est un peu ramolli, l'orifice externe admet la pulpe de l'index. Il n'y a aucune perte par le vagin.

Cette femme, syphilitique en pleine période secondaire, est placée en observation et soumise au traitement spécifique.

Elle garde le repos au lit et reçoit un lavement laudanisé.

7 janvier. — Les parois utérines sont toujours souples, le palper donne les mêmes résultats.

La femme a perdu le matin une petite quantité de sang. On lui a donné une injection vaginale chaude. Elle accuse toujours quelques douleurs abdominales, aussi continue-t-on le lavement laudanisé et les injections chaudes.

Les bruits du cœur fœtal se perçoivent toujours.

10 janvier. — L'état de cette femme est le même ; le travail d'expulsion ne s'est pas déclaré et les bruits du cœur se perçoivent toujours. Les parois de l'utérus sont restées souples.

15 janvier. — Les douleurs abdominales ont complètement cessé, la perte n'a plus reparu. La femme est autorisée à se lever pendant quelques heures. Elle est admise ensuite dans un service spécial pour y continuer un traitement spécifique énergique. Nous la revoyons le 30 janvier, elle se promène et n'a plus à redouter une interruption de grossesse. Les parois utérines sont toujours souples. Les bruits du cœur fœtal sont nettement perçus.

Réflexions. — Cette femme, qui venait de contracter récemment la syphilis et présentait encore des manifestations secondaires, est entrée à l'hôpital menacée d'avortement. Deux choses étaient à redouter : l'avortement et la mort du fœtus. Nous voyons que ni l'une ni l'autre de ces complications ne s'est produite, et que ce fait coïncide avec une souplesse très grande des parois utérines. L'état de l'utérus non tendu nous a permis de porter ici un pronostic favorable.

OBSERVATION XIII

Due à l'obligeance de M^{lle} MOUREN, maîtresse sage-femme.

E... Eugénie, primipare de 26 ans, arrive dans le service le 4 décembre 1904, à 1 heure de l'après-midi dans un état comateux, la bouche couverte d'une écume sanguinolente.

Les personnes qui l'accompagnent disent l'avoir trouvée dans cet état le matin de bonne heure, elles ont essayé, mais en vain, de la ranimer avant de la conduire à l'hôpital.

On examine immédiatement les urines, qui ne renferment point d'albumine.

Après avoir débarrassé la femme on la couche et on lui administre un lavement purgatif suivi d'un lavement de chloral.

Le ventre est peu développé, l'utérus, dévié à droite, mesure 28 centimètres de hauteur. Les parois sont très souples ; le palper

se pratique aisément, le plan du dos est à gauche, le sommet mobile au-dessus du détroit supérieur. Le foyer d'auscultation est à gauche de la ligne médiane.

Pendant 48 heures, la femme reste dans son état comateux et l'on est obligé de s'en tenir à un examen en quelque sorte vétérinaire. On continue le traitement; la femme n'a pas de crise. Lorsqu'elle se réveille, elle est très étonnée de se trouver à l'hôpital.

Elle nous apprend alors qu'elle n'a plus eu ses règles depuis le 10 mai et qu'elle sent remuer son enfant depuis le mois d'octobre. Elle est donc environ dans son 7^e mois de gestation. Sa grossesse évolua normalement jusqu'au 5 décembre où, après avoir souffert toute la nuit, elle eut un malaise général et perdit connaissance; nous savons le reste.

Cette femme est soumise au régime lacté absolu.

On constate les jours suivants que l'utérus est toujours souple et que les bruits du fœtus se perçoivent toujours bien.

La grossesse suit son cours sans accident, et le 3 février, à 10 h. du matin, cette femme expulse en OP un fœtus très vigoureux du sexe féminin qui pèse 3.320 gr.

Réflexion. — Nous remarquons ici l'état de gravité dans lequel s'est présentée cette femme, état qui ne s'accompagnait d'aucune tension de l'utérus.

Nous notons aussi que cette souplesse extrême de l'utérus coïncide avec l'évolution normale de la grossesse.

L'état de souplesse des parois utérines entraîne donc un pronostic plutôt favorable.

CHAPITRE IV

Valeur clinique de la tension permanente des parois pendant le travail.

La tension permanente des parois peut ne se montrer qu'au moment du travail ou dans les heures qui le précèdent, et, dans ce cas encore, elle a une réelle signification.

Avant d'étudier les circonstances dans lesquelles on la rencontre, qu'il nous soit permis de répondre à l'objection qui pourrait nous être faite : pendant le travail, ce que vous prenez pour de la tension des parois, dira-t-on, est un phénomène normal ordinaire, c'est l'utérus qui se contracte, et rien de plus.

Eh bien, non ; comme l'a montré notre définition, l'utérus constamment tendu et l'utérus en contraction sont deux choses différentes, qui se manifestent différemment, et qui donnent des sensations qui ne peuvent en aucune façon être confondues.

Comme nous l'avons vu, cet utérus constamment tendu donne la sensation d'un kyste bien rempli, tandis que l'utérus en contraction donne une sensation de dureté ligneuse absolument caractéristique.

Il suffit d'avoir observé ces deux états pour bien se rendre compte de la différence qui existe entre l'un et l'autre.

C'est d'ailleurs en raison de ce fait que, dans notre sta-

tistique, nous avons éliminé 99 utérus en état de contraction presque continuelle, mais non en état de tension permanente, lors du premier examen.

Ceci dit, voyons ce qui se passe pendant le travail, et surtout au début du travail :

Les contractions sont énergiques plus ou moins, et se succèdent à intervalles plus ou moins grands.

Pendant la contraction, l'utérus est un véritable bloc qui ne se laisse nullement déprimer ; mais, dès que la douleur disparaît, sa dureté s'atténue, ses parois commencent à s'assouplir.

A ce moment, deux cas peuvent se présenter : ou bien l'utérus redevient souple, presque aussi souple que pendant les derniers mois de la grossesse, ou bien il reste tendu, ne donnant que des sensations imparfaites, dans un état de tension permanente, et peut, dans quelques cas, perdre toute élasticité.

C'est ce second état que nous nous proposons d'envisager dans ce chapitre.

Est-ce sans raison que l'utérus modifie ainsi sa manière d'être ? S'il y en a une, quelle est-elle ? Quelles sont les conditions spéciales, les circonstances déterminées, utiles à connaître en clinique, qui occasionnent cette modification ?

Il faut savoir, tout d'abord, que cette tension permanente des parois peut se montrer pour la première fois au début du travail ; ou bien qu'à ce moment elle continue simplement un état analogue antérieur. Quoi qu'il en soit, dans un cas comme dans l'autre, ce signe constaté au début du travail a, croyons-nous, une réelle signification.

Si l'utérus redevient souple après chaque contraction, il y a de grandes chances pour que tout se passe normalement ; si l'utérus reste tendu, il faut au contraire se tenir sur ses gardes, et porter un pronostic plus réservé ; et cela, parce que l'état de tension des parois annonce presque toujours une dystocie quelconque, une gêne, quelque chose enfin qui va peut-être nécessiter l'intervention de l'art, ou, tout au moins, rendre l'accouchement plus long ou plus difficileux.

Nous en trouvons une preuve dans notre statistique.

Ainsi, sur 839 accouchements, nous avons obtenu les résultats suivants :

Accouchements entociques.

Parois souples.....	285 = 58,03 0/0.
Parois tendues.....	39 = 11,32 0/0.

Ces deux chiffres nous paraissent déjà importants à considérer ; ils ont pour corollaires ceux que nous avons trouvés pour les accouchements que nous appelons, par opposition, dystociques, c'est-à-dire où l'on relevait une complication quelconque.

Accouchements dystociques.

Parois souples.....	209 = 42,87 0/0.
Parois tendues.....	306 = 88,68 0/0.

Ces derniers chiffres sont très instructifs, comparés aux premiers ; ils nous permettent de tirer cette conclusion : si l'on ne trouve que 11 0/0 d'accouchements normaux pour 88 0/0 d'accouchements présentant une particularité quelconque, dans les cas où il y a tension permanente des parois, il est au moins permis de se demander s'il n'y a

pas, entre la constatation de cet état particulier et celle de ces complications, un rapport plus ou moins étroit ; de se demander aussi si la constatation de ce symptôme ne doit pas influencer par cela même sur le pronostic que nous allons porter.

Bien que notre statistique porte sur un millier de cas environ, ses chiffres ne nous permettent pas encore de répondre à toutes les questions ; cependant, ceux de ces chiffres qui ont trait aux applications de forceps méritent, croyons-nous, d'être retenus. Ainsi, nous avons relevé 53 applications de forceps dans les cas de parois tendues, c'est-à-dire une proportion de 15 0/0, et seulement 18 applications dans les cas de parois souples, ce qui ne nous donne qu'une proportion de 3 0/0.

La terminaison de l'accouchement par application de forceps est donc plus fréquemment nécessaire quand il y a tension permanente des parois, et c'est là, croyons-nous, une raison qui justifie les réserves de notre pronostic.

Comme nous l'avons dit plus haut, les autres chiffres que nous trouvons ne sont pas assez importants, pas assez caractéristiques pour nous permettre d'en tirer des déductions ; mais il est encore des cas, cependant, où, au cours du travail, la notion de tension permanente acquiert une réelle valeur clinique : c'est dans les hémorragies rétro-placentaires, et nous pouvons ajouter que, dans ce chapitre, c'est le point que nous tenons à mettre particulièrement en évidence.

« La tension permanente des parois utérines, constatée pendant le travail, est un excellent signe d'hémorragie rétro-placentaire. »

Ce n'est pas d'aujourd'hui que ce fait est connu : depuis longtemps, déjà, M^{me} Henry a insisté sur la grande valeur de ce symptôme en pareil cas ; nous en avons, du reste, trouvé plusieurs exemples dans la littérature médicale. Qu'il nous suffise de rappeler ici les observations du Dr LOP et de BOISSARD et COUDERT.

Le cas de LOP (1) est intéressant par ce fait que le diagnostic était délicat, et que c'est grâce à la notion de tension de l'utérus, qu'il a été permis de l'établir définitivement, et d'agir en conséquence. Voici ce qu'il dit : « Je n'hésitais pourtant pas à mettre en avant l'hypothèse d'un décollement prématuré du placenta normalement inséré, en me basant sur la dureté spéciale de l'utérus, déjà observée dans deux autres cas, et sur la valeur de laquelle M^{me} Henry a suffisamment insisté... A cette dureté il fallait ajouter la hauteur de l'utérus, qui n'était pas en rapport avec l'âge de la grossesse. »

Dans le cas de BOISSARD, l'utérus avait perdu toute élasticité ; voici d'ailleurs le tableau qu'il nous fait de sa malade : « La malade est pâle, elle peut à peine parler ; la peau est froide, le pouls est petit, rapide, filiforme ; l'utérus est augmenté de volume, d'une dureté de bois ; on est dans l'impossibilité absolue de préciser la situation exacte du fœtus, symptômes qui font porter le diagnostic d'hématome rétro-placentaire. »

Ces faits sont suffisamment nets, suffisamment précis, pour établir déjà d'une façon solide, dans ce cas, la valeur symptomatique de la tension permanente des parois ; et puisque c'est cette valeur symptomatique que nous nous proposons de mettre en évidence, qu'on nous permette

(1) LOP., *Bull. Soc. obstétr.*, Paris, 1903.

d'apporter ici les résultats des observations publiées à la fin de ce chapitre.

Nous avons toujours constaté que, dans les cas d'hémorragie rétroplacentaire, ce signe ne fait jamais défaut, quelle qu'ait été d'ailleurs la cause de cette hémorragie.

Nous savons en effet que cette hémorragie est due quelquefois à la brièveté naturelle ou accidentelle du cordon, quelquefois à l'albuminurie, d'autres fois encore à l'endométrite, et que, souvent aussi, comme dans le cas de BOISSARD, sa véritable cause échappe complètement à l'observateur ; par contre, toujours, dans ces circonstances diverses, la tension permanente des parois s'est nettement manifestée. Dans notre statistique, par exemple, nous relevons cinq cas analogues, coïncidant tous avec un état de tension permanente de la paroi de l'utérus.

Tous ces faits nous permettent donc de dire que la tension permanente des parois est un bon signe d'hémorragie rétro-placentaire. Chaque fois que, chez une femme en travail, nous constaterons cet état, nous ne manquerons pas de discuter ce diagnostic.

Si nous insistons ainsi, c'est que l'ignorance de ce symptôme a pu occasionner de grossières erreurs. LOP, dans la *Presse médicale*, rapporte ainsi deux cas, où des sages-femmes, qui certainement ne devaient pas avoir une grande pratique du palper, portèrent, en raison seulement du volume de l'utérus, le diagnostic de grossesse gémellaire, alors qu'il s'agissait d'hémorragie rétro-placentaire.

N'oublions pas, non plus, de rappeler ici combien ces hémorragies sont funestes aux fœtus, qui, dans ces cas, succombent presque toujours ; nous avons remarqué éga-

lement que, souvent aussi, l'accouchement était long, difficile, et qu'à la fin du travail la tension des parois augmentait en raison inverse des contractions utérines : plus la tension devient forte, plus les contractions sont espacées, et plus on se rapproche de cet état que l'on appelle inertie utérine, et qui rend l'accouchement interminable. Donc, si la tension permanente des parois est utile au clinicien pour faire un diagnostic précis, elle lui permet encore de porter un pronostic satisfaisant.

En résumé, pendant le travail, cet état particulier de l'utérus a une réelle importance clinique.

Il est très utile à connaître pour porter le diagnostic d'hémorragie rétro-placentaire.

Sa connaissance permet aussi à l'accoucheur de faire des réserves justifiées sur le pronostic de l'accouchement.

OBSERVATION XIV. — Décollement prématuré du placenta normalement inséré.

Due à l'obligeance de M^{lle} MOUREN, maîtresse sage-femme.

D... Marie, primipare de 29 ans, journalière, entre dans le service de la Maternité le 11 avril 1905. Ses antécédents héréditaires ou personnels sont excellents. Elle eut la rougeole dans son jeune âge et fut réglée à 14 ans.

Ses dernières règles datent du 15 au 18 août 1904, et sa grossesse évoluait sans complications lorsque surviennent des hémorragies qui nécessitent son admission à l'hôpital le 11 avril à 6 h. du soir.

En interrogeant cette femme, nous apprenons qu'elle a perdu une assez grande quantité de liquide amniotique et du sang en abondance.

A l'examen on constate que l'utérus, situé sur la ligne médiane, est peu développé, il a 28 cm. de hauteur; il est dans un état de tension permanente qui rend le palper difficile : on arrive cepen-

dant à sentir le plan du dos à droite. Le sommet paraît plonger dans l'excavation. On ne peut percevoir aucun foyer d'auscultation.

Par le toucher on arrive sur le col dont l'orifice externe est perméable. La pulpe de l'index pénètre avec difficulté l'orifice interne et arrive sur une suture. On ne perçoit aucun cotylédon placentaire.

L'examen des urines pratiqué à ce moment ne révèle pas la moindre trace d'albumine.

On donne des injections vaginales chaudes; la perte sanguine s'arrête.

L'état de tension des parois de l'utérus augmente de plus en plus, et rend infructueuse toute nouvelle tentative d'exploration du fœtus par le palper.

Cette situation ne se modifie pas jusqu'au 12 avril; ce jour-là, la femme commence à souffrir; à 11 h. du soir elle a de fortes contractions et on la transporte à la salle de travail. La dilatation est comme un franc, le sommet est engagé.

On procède à un nouvel examen des urines qui est toujours négatif.

Les contractions deviennent très fortes, la femme commence à pousser et à 1 h. un quart du matin elle expulse en OP un petit fœtus mort, du sexe masculin, pesant 1070 gr. On note la présence d'un circulaire autour du cou.

Sitôt après le fœtus un énorme caillot pesant 230 gr. sort de la vulve, immédiatement suivi du placenta, qui pèse lui-même 230 gr. La face utérine de ce dernier paraît divisée en deux parties; l'une sclérosée friable; l'autre de couleur noirâtre, recouverte de quelques caillots.

Ce placenta était inséré sur le segment supérieur et moyen (M. M. = 36/14).

Le cordon, assez grêle, n'a que 42 cm de longueur.

Ici la brièveté naturelle du cordon, augmentée encore par le fait du circulaire, est la seule raison qui puisse nous permettre d'expliquer le décollement prématuré du placenta et l'hémorragie qui en a été la conséquence.

Réflexions.— Dans cette observation nous notons deux faits en rapport avec l'état de tension constante de l'utérus : D'abord l'hémorragie rétro-placentaire, due au décollement prématuré du

placenta produit sans doute par la brièveté du cordon : ensuite la mort rapide du fœtus, en rapport avec cette hémorragie.

Nous remarquons aussi que la tension permanente des parois s'est montrée dès le premier examen, ce qui augmente encore la valeur clinique de ce signe, très utile à bien connaître pour porter le diagnostic exact, et faire toutes les réserves que comporte le pronostic.

OBSERVATION XV

Due à l'obligeance de M^{lle} MOUREX, maîtresse sage-femme.

J... Joséphine, 26 ans, ménagère, arrive dans le service le 12 janvier 1903, à 3 h. du soir. Cette femme [multipare de VI nous est amenée à cause d'une hémorragie très abondante qui dure depuis midi.

Elle nous apprend que tous ses accouchements antérieurs, hormis le premier, qui s'est terminé prématurément au 6^e mois, se sont passés d'une façon normale, à terme, sans aucune complication.

Sa grossesse actuelle évolue depuis environ 7 mois. Les dernières règles datent en effet du 21 au 30 mai 1904 et tout s'est normalement passé jusqu'au jour de son admission à l'hospice.

Cette femme a constaté cependant la présence d'œdème aux membres inférieurs depuis quelques jours, mais n'y a nullement pris garde.

Elle est aussitôt transportée à la salle de travail où on l'examine. L'utérus n'est pas très volumineux ; légèrement dévié à droite, il mesure 28 cm. de hauteur : ses parois sont excessivement tendues. On peut néanmoins par le palper sentir le plan du dos à gauche et reconnaître une présentation du sommet. On note un œdème très marqué aux membres inférieurs. La paroi abdominale est aussi infiltrée. Le squelette paraît normal ; on ne perçoit aucun foyer d'auscultation.

La dilatation égale 2 fr. et le sommet paraît engagé.

On perce alors la poche des eaux en déchirant largement les membranes : un liquide peu abondant mêlé de nombreux caillots noirâtres s'échappe alors de la vulve.

On donne des injections vaginales chaudes. On administre, par la voie sous-cutanée, 0 gr. 25 de caféine et 500 gr. de sérum. Le pouls est à peine perceptible.

On recueille par cathétérisme une assez petite quantité d'urine qui, chauffée légèrement, donne un abondant coagulum albumineux.

L'hémorragie cède un moment, puis reprend de nouveau au bout d'un quart d'heure. Par le toucher, on ne constate la présence d'aucun cotylédon placentaire.

On diagnostique un décollement prématuré du placenta dû à l'albumine ayant déterminé la mort du fœtus.

L'état de la femme est alarmant; on décide d'intervenir et de terminer l'accouchement le plus rapidement possible.

On fait la dilatation manuelle qui présente certaines difficultés en raison de l'œdème du col. Enfin, à 4 heures, on applique le forceps et l'on extrait en OP un fœtus mort avec commencement de macération.

Le placenta, presque entièrement décollé, est extrait sans difficulté; on donne une injection intra-utérine avec de l'eau bouillie très chaude.

L'hémorragie s'arrête, mais l'état de la femme reste très grave. Le pouls est à peine perçu; on renouvelle l'injection de sérum.

Le placenta est très caractéristique : de forme presque circulaire, il est épais, sclérosé, et présente à son centre un gros foyer hémorragique qui le traverse de part en part, il pèse 450 gr.

A 9 h. du soir, l'état de la femme s'est un peu amélioré.

1^{er} jour, 13 janvier. — Etat satisfaisant; le pouls se relève, mais les urines sont rares; elles contiennent 6 gr. d'albumine. La température s'élève le soir à 38°6.

2^e jour. — Température, 38°6 le matin et 38°8 le soir, on donne une injection intra-utérine.

Les urines sont plus abondantes, elles ne contiennent plus que 2 gr. d'albumine.

3^e jour. — Même état, injection intra-utérine.

4^e jour. — La température est redescendue à 37°6; les urines ne contiennent plus que des traces d'albumine.

7^e jour. — L'état s'est bien amélioré; l'examen des urines est absolument négatif.

La femme sort guérie le 20^e jour.

Réflexions. — Dans cette observation, nous notons encore l'état de tension extrême des parois. La constatation de ce symptôme a permis au diagnostic de ne pas s'égarer et à l'opérateur d'inter-

venir rapidement, dans les conditions particulières que nous venons de rapporter.

OBSERVATION XVI. — *Personnelle.*

Louise B..., 22 ans, domestique, entre à la clinique le 1^{er} novembre 1905 à 7 heures du matin. Elle nous apprend qu'elle ne fit ses premiers pas qu'à 3 ans, mais que jamais elle ne présenta de troubles de son appareil locomoteur.

Dans sa première enfance elle eut des manifestations de scrofule : glandes au cou, blépharite, etc. ; à 12 ans elle eut la fièvre typhoïde et à 14 ans des crises nerveuses, sur lesquelles elle s'explique mal, mais qui débutèrent avec l'instauration du flux menstruel et durèrent plusieurs mois.

Cette femme, primipare, n'a plus eu ses règles depuis le 3 février 1905 et sa grossesse a évolué normalement sans aucune complication.

Enfin, le 31 octobre au soir, elle commence à souffrir et le 1^{er} novembre à 7 heures du matin elle entre à l'hôpital.

La face est décolorée, les paupières sont bouffies, elle a de l'œdème aux membres inférieurs et l'examen des urines révèle la présence d'une certaine quantité d'albumine. La tension artérielle est de 12. L'utérus dévié à droite mesure 31 cm. de hauteur.

La femme a quelques contractions, mais, dans l'intervalle des douleurs, l'utérus est assez souple et l'on peut diagnostiquer par le palper un sommet engagé en OIGA.

Le foyer d'auscultation se perçoit nettement à gauche et au-dessus de l'ombilic.

La dilatation est comme 2 fr., la poche à eaux est plate.

A 11 h. du matin, la dilatation égale un fond de verre, les douleurs sont plus rapprochées et l'utérus a ses parois dans un état de tension permanente.

A deux heures la dilatation est complète; la poche des eaux se rompt et laisse écouler une petite quantité de liquide légèrement troublé par de l'enduit sébacé.

Les douleurs sont assez énergiques, la tête fait sa rotation, mais ne progresse pas malgré les efforts de la femme. On voit peu à

peu les contractions s'espacer pendant que la tension des parois de l'utérus augmente.

Devant cet état on décide d'intervenir : on applique le forceps et l'on extrait en OP un fœtus du sexe masculin qui pèse 2.650 gr. et crie bientôt.

La délivrance se fait normalement. Le placenta, qui ne présente qu'un tout petit foyer hémorragique entouré d'une zone légèrement indurée, pèse 450 gr., il est inséré normalement.

On place un point de suture au niveau de la fourchette.

L'état de la mère et celui de l'enfant sont satisfaisants.

Réflexions. — Dans cette observation nous notons deux choses : l'apparition au cours du travail de l'état de tension permanente, et la nécessité dans laquelle on s'est trouvé de terminer l'accouchement par les forceps.

Ces deux choses doivent, croyons-nous, être rapprochées l'une de l'autre.

OBSERVATION XVII. — *Personnelle.*

B... Marcelle, 39 ans, jardinière, entre à la Maternité le 18 février 1905.

Ses antécédents héréditaires et personnels ne présentent rien d'intéressant ; elle a marché à un an, et, depuis l'âge de seize ans, elle est toujours régulièrement réglée. Par contre, son passé obstétrical est assez complexe ; nous voyons, en effet, que, sur ses 7 grossesses antérieures, la première, la seconde, la troisième et la septième seules se sont terminées à terme ; la quatrième s'est terminée par un avortement à quatre mois et demi ; la cinquième prématurément dans le 7^e mois, et la sixième par un avortement de quelques mois. Malgré ses multiples grossesses, cette femme n'a aujourd'hui qu'un seul enfant vivant ; c'est une fille, âgée de 14 ans.

Le premier, un garçon, est mort à 20 jours ; le troisième, un garçon également, est mort de bronchite à 14 mois ; le cinquième, né prématurément, n'a vécu que 6 jours ; le 7^e, qui était né à terme, a succombé au bout de 10 jours.

Enfin, ajoutons que la grossesse actuelle est du même père que les 7 précédentes.

Cette femme a eu ses dernières règles du 26 au 30 juin 1904.

Depuis cette époque, sa grossesse a évolué normalement, sans occasionner le moindre trouble; elle a continué à travailler dans son jardin jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital, où elle arrive le 18 février 1905, à 4 heures du soir, perdant du sang en abondance depuis quelques heures.

En l'examinant, on constate que le ventre est normalement développé, et que ses divers organes ne présentent aucune altération; il n'y a ni œdème, ni varices aux membres inférieurs; néanmoins, l'examen des urines, pratiqué aussitôt, révèle la présence d'une certaine quantité d'albumine. Par le palper, on remarque tout d'abord la forme particulière de l'utérus, qui offre une dépression centrale séparant deux cornes latérales; la corne droite est plus volumineuse, plus tendue que la corne gauche; les parois de cet organe sont manifestement en état de tension permanente; elles donnent à la main cette sensation spéciale d'un kyste bien rempli, et rendent l'examen difficile. On arrive toutefois à pouvoir diagnostiquer une présentation du sommet engagé en OIGA.

Par le toucher, on constate une dilatation égale à un fond de verre; la poche des eaux est bombante. On rompt largement les membranes, ce qui donne issue à un liquide sanguinolent assez abondant. La suture sagittale occupe le diamètre oblique gauche; le doigt indicateur perçoit nettement la fontanelle postérieure à gauche et en avant.

Par l'auscultation, on n'arrive pas à percevoir les bruits du cœur fœtal; le pouls de la mère est lent, la tension artérielle est de 14 à l'appareil de Verdin. On donne des injections vaginales chaudes, et, peu après, la femme se met à pousser énergiquement; elle expulse, après quelques efforts, un fœtus mort qui pèse 1.850 gr. Sitôt après l'expulsion fœtale, le placenta, qui était complètement décollé, sort brusquement de la vulve, accompagné de quelques caillots noirâtres. Ce placenta est parsemé de caillots très adhérents et noirâtres; il est petit et ne pèse que 260 gr.; il contient plusieurs foyers hémorragiques; son insertion était normale (M.M. = 49/12).

On explore l'utérus avec la main, et l'on en retire encore de nombreux caillots. On donne une injection intra-utérine très chaude; l'état de la mère est satisfaisant; les suites de couches sont absolument normales.

Réflexions. — Dans cette observation, nous constatons que l'état de tension permanente de l'utérus coïncidait encore avec un hématome rétro-placentaire. Il est permis de se demander également si cette déformation particulière, relevée en palpant l'utérus, n'était pas déterminée par la présence des caillots. La quantité de sang épanché avait d'ailleurs été assez abondante, et avait fini par décoller complètement le placenta, ce qui nous explique l'hémorragie externe constatée lors de l'arrivée de cette femme dans le service.

**Statistique faite à la Maternité de Marseille du
1^{er} juillet 1904 au 1^{er} décembre 1905.**

Nombre total d'accouchements.....	=	961
A déduire utérus en état de contraction lors du		
1 ^{er} examen.....	=	132
Nombre d'accouchements étudiés.....	=	839

Parois tendues		Primipares Multipares	Parois souples	
%				%
41,42	345		494	58,86
11,32	39	Accouchements entociques	285	58,03
88,67	306	Accouchements dystociques	209	42,30

Causes de dystocie						
		Parois tendues (345)		Parois souples (494)		
			%		%	
Abondance du liquide amniotique.	{	Placenta normale- ment inséré.....	37	} = 86	61	} = 82
		Placenta inséré sur segment inférieur.	49		21	
		24,92				
Application de forceps.	{	Placenta normale- ment inséré.....	24	} = 53	10	} = 18
		Placenta inséré sur segment inférieur.	29		8	
		15,36				
Insertion vicieuse du placenta.....		= 69	20,66	= 61	12,35	
Grossesse gémellaire.	{	Placenta normale- ment inséré.....	11	} = 17	3	} = 4
		Placenta inséré sur segment inférieur.	6		1	
		4,92				

		Parois souples (494)		Parois tendues (345)			
Hydramnios.	Placenta normale- ment inséré.....	12	= 18	5,21	= 0	0,00	
	Placenta inséré sur segment inférieur.	6					
Accouchement prématuré et mort du fœtus.	Placenta normale- ment inséré.....	13	= 31	8,98	10 7	= 17	3,44
	Placenta inséré sur segment inférieur.	16					
Présentation du siège.	Placenta normale- ment inséré.....	5	= 14	4,29	11 4	= 15	3,04
	Placenta inséré sur segment inférieur.	9					
Présentation de l'épaule.	Placenta normale- ment inséré.....	3	= 5	1,44		= 7	1,44
	Placenta inséré sur segment inférieur.	2					
Présentation de la face.	Placenta normale- ment inséré.....	0	= 1	0,37	1 0	= 1	0,20
	Placenta inséré sur segment inférieur.	1					
Bassin vicié ou travail très long.	Placenta normale- ment inséré.....	6	= 7	2,04	3 1	= 4	0,80
	Placenta inséré sur segment inférieur.	1					
Décollement prématuré du placenta normalement inséré.....		= 5		1,44	= 0		0,00
TOTAL.....		306			209		

CONCLUSIONS

1° La tension permanente de l'utérus est un état particulier de cet organe qui donne au clinicien une sensation spéciale pouvant être comparée à celle que l'on perçoit quand on déprime la paroi d'un kyste bien rempli ; l'utérus pouvant, dans certains cas, être dépourvu de toute élasticité ;

2° Au cours de l'évolution gravidique, la constatation de ce symptôme a une réelle valeur clinique. Elle doit faire apparaître de suite l'hypothèse d'hydramnios ou de grossesse multiple ;

3° Dans les cas de menace d'avortement ou d'accouchement prématuré, la notion de tension permanente des parois est très utile à connaître pour porter un pronostic exact et pour diriger le traitement ;

4° Pendant le travail, la perception de l'état de tension permanente de l'utérus assombrit toujours le pronostic, surtout lorsque la sensation de toute élasticité de la paroi a disparu.

Elle est un bon signe d'hémorragie rétro-placentaire ;

5° Enfin, d'une manière générale, la tension permanente des parois permet au clinicien de prévoir l'éventualité possible d'une dystocie quelconque.

Vu : *Le Président de la thèse*,
A. PINARD.

Vu : *Le Doyen*,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ACCOUCI. — Gravidanza gemellare monocoria con feto papiracéo.
Ann. di ostetria e gynecol., XXVII, vol. II, n° 7.
- AUDEBERT. — Influence de l'asphyxie sur la contractilité utérine à propos d'un cas de pneumonie pendant la grossesse. *Ann. de gynecol. et d'obst.*, 1903, pp. 450-461.
- AUDEBERT. — Voir BAUBY.
- BAR — Des contractions partielles de l'utérus et des erreurs qu'elles peuvent causer. *Bull. Soc. obstét.*, Paris, 1903, pp. 58-63.
- BAUBY et AUDEBERT. — Des difficultés du diagnostic de la grossesse utérine. *Toulouse méd.*, 1904, pp. 162-167.
- BAUDELOCQUE. Traité d'accouchements, 1844.
- BAUDOIN. — Un cas de grossesse quadruple. *Gaz. méd.*, Paris novembre 1902, p. 369.
- — La grossesse sextuple. *Gaz. méd.*, Paris, 1904, p. 157.
- — Un cas de grossesse triple. *Gaz. méd.*, Paris, 1902, p. 139.
- BOISSARD. — De la grossesse triple. *J. des praticiens*, 1900, p. 849.
- BOISSARD et COUDERT. — Hématôme rétro-placentaire. *Bull. Soc. d'obstétriq.*, Paris, 1903, p. 453.
- BOIVIN (M^e). — Mémorial de l'art des acc. Paris, 1836.
- BONNAIRE. — De la valeur de l'exploration du corps de l'utérus dans le diagnostic précoce de la grossesse. *Obstétrique*, 1903, pp. 305-407.
- BOUCHACOURT. — Hydramnios aiguë dans un cas de grossesse gémellaire de 4 mois, avortement provoqué. *Bull. Soc. obst.*, Paris, 1904, p. 230.
- BOUCHACOURT et CATHALA. — Grossesse gémellaire. *Bull. méd.*, 24 janv. 1906.
- BRAITENBERG. — Cas d'hydramnios aiguë dans une grossesse triple. *Ann. de Gyn.*, 1903, I, p. 150.
- BRUIN (de). — Recherches sur les contractions de l'utérus et le

- rôle de la pression abdominale pendant le part. *Journ. de méd. vétérinaire et zootech.*, Lyon, 1903, p. 146.
- BUDIN. — Grossesse gémellaire et hydramnios. *Journ. des sages-femmes*, Paris, 1898, p. 185.
- — Grossesse gémellaire et placenta prævia. *J. des sages-femmes*, Paris, 1901, p. 281.
- CATHALA. — Voir BOUCHACOURT.
- CAZEAUX. — Annoté par TARNIER, 8^e édition, 1870, p. 300.
- CHAMBRELENT. — Grossesse gémellaire avec hydramnios. *Rev. mens. d'obst. et gyn.*, Bordeaux, 1901, 28-30.
- — Grossesse gémellaire; séjour prolongé du 2^e. fœtus. *Rev. mens. d'obst. et gyn.*, Bordeaux, 1900, p. 171.
- CHARLES (N). — Hydramnios; accouchement provoqué. *J. d'acc.*, Liège, 1897, p. 227.
- COUVELAIRE. — Dystocie au cours de l'accouchement gémellaire. *Rev. pratique d'obst. et de pædiat.*, Paris, 1905, p. 164.
- DAVIS. — Polyhydramnios. *Méd. News*, octob. 1902.
- DARGEIM et ETCHEVERRY. — Grossesse gémellaire. *Écho médical de Toulouse*, 1902, p. 269.
- DUNCAN (M.) — Élasticité de l'utérus. *British. med. J.*, 1886, p. 932.
- — On contraction, inhibition and expansion of the uterus. London, *Obstetr. Trans.*, vol. XXVIII, p. 91.
- DEJOUANY. — Des signes et du diagnostic de la grossesse gémellaire. *Jour. de méd. de Paris*, 1901, pp. 51-53.
- DELEPINNE. — Dystocie par excès de volume du fœtus. *Nord médical*, Lille, 1905, p. 21.
- DEMLIN. — De l'accouchement prématuré provoqué. *Rev. thérap. méd. et chirurg.*, Paris, 1898, p. 622.
- DENUX. — Grossesse gémellaire; mort de l'un des fœtus au 3^e mois. *Rev. prat. d'obst. et de pédiatrie*, Paris, 1898, p. 73.
- DESORMEAUX. — Grossesse gémellaire, fœtus superposés. *Gaz. méd. de Nantes*, 1904, p. 334.
- DHOTEL. — Dystocie par gros fœtus. *Écho méd. du Nord*, Lille, 1903, p. 352.
- Dictionnaire de DECHAMBRE*, article *Accouchement* (physiologie).
- DORION. — Sur un cas de grossesse gémellaire avec avortement. *Rev. méd. de Québec*, 1897, p. 105.

- DUBOIS. — *Gaz. des Hôpitaux*, 1841.
- DUBOIS-PERNOT. — Grossesse tri-gémellaire. *J. des sages-femmes*, Paris, 1900, p. 239.
- EONNET. — Hydramnios. *Anjou médical*, 1905, p. 300.
- ETCHEVERRY. — Voir DARGEÏM.
- FALCOZ. — Un cas de grossesse quadruple. *Gaz. des Hôp.*, Paris, 1905, p. 1207.
- FARABEUF et VARNIER. — Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements.
- FARLANE (M^e). — Triplets with single placenta. *British med. Journ.*, London, 1901, I, p. 1015.
- FETTNER. — Beitrag zu Lehre vom Hydramnios. *Mon. F. Geb. n. Gynec. Marz.*, 1903, p. 296.
- FIEUX. — Observation de menace d'accouchement prématuré. *Gaz. hebd. sc. méd.*, Bordeaux, 1898, p. 79.
- FIQUET (P^h). — Hydramnios, hémorragie rétro-placentaire. *J. des sages-femmes*, Paris, 1900, p. 179.
- FOURNIER. — Physiologie de l'utérus gravide. *Gaz. méd. de Picardie*, Amiens, 1898, p. 185.
- FRANKEL. — *Arch. f. Gyn.*, 1875.
- FRANKENHAUSER. — *Arch. f. Gyn. et Ann. de gynécol.*, 1878.
- GOINARD. — Grossesse gémellaire avec hydramnios de l'un des œufs. *Obstét.*, Paris, 1900, pp. 133-136.
- GOODSON. — A case of hydramnios. *British med. Journ.*, mars 1903, p. 606.
- GRESLON. — Durée excessive du travail par inertie utérine. *Bull. Soc. obst.*, Paris, 1905, pp. 109-111.
- GRONDIN. — Observation d'un cas de dystocie gémellaire. *Bull. méd.*, Québec, 1903-04, pp. 214-217.
- GUIHAL. — Contribution à l'étude de la grossesse triple. Thèse de Paris, 1901.
- HERRGOTT. — *Revue de méd. de l'Est*, 1879.
- HIRIGOYEN. — Hémorragie rétro-placentaire, acc. prématuré spontané. *Rev. mens. de gynécol.*, Bordeaux, 1900, p. 275.
- HIRIGOYEN et LAFOND. — Hydrocéphalie avec pieds bots et mains botes chez une femme atteinte d'hydramnios. *Rev. mens. de gynéc. et d'obst. de Bordeaux*, 1901, p. 127.
- HUBERT. — Encyclopédie des Sciences de Louvain, 1843, juillet, p. 109, et août, p. 71, et *Ann. de Gyn.*, sept. 1843.

- HOHL. — Die Geburtshulfsche (de l'exploration obstétricale), t. II, pp. 144-163.
- HUBERT (Eugène). — De l'examen du ventre au point de vue de la grossesse. *Journ. des sciences méd. de Louvain*, décembre 1877.
- JACQUEMIER. — Manuel de l'art des accouchements. Paris, 1846, t. I, p. 609.
- KEEBMANN. — Beitrag zur casuistik der placenta prævia Greifswald, 1903, J. ABEL, 32 p. 8°.
- KEIFFER. — La fonction motrice de l'utérus. *Bull. de l'Acad. Royale de méd. de Belgique*, Bruxelles, 1903, pp. 637-659. (Rapport de MATIUS).
- LABORDE. — Observation relative à une grossesse triple observée en clientèle. *Gaz. méd. de Paris*, 1902, p. 177.
- LACHAPELLE (M^{me}). — Pratique des acc^{ts}. Mémoires. Paris, 1821.
- LAFOND. — V. HIRIGOYEN.
- LAFOND. — Grossesse trigémellaire. *J. de méd. de Bordeaux*, 1905, p. 50.
- LAGUERRIÈRE. — Erreur de diagnostic, fausses grossesses. *Progrès méd.*, Paris, 1903, p. 450.
- LEGAYE. — Contribution à l'étude clinique de l'hydramnios. Thèse de Paris, 1903.
- LEFÈVRE. — Grossesse gémellaire, accouchement prématuré. *J. d'accouchements*, Liège, 1904, p. 29.
- LEGUEU. — Sur quelques cas de grossesse gémellaire avec fœtus antéposés. *L'obstétrique*, mars, 1905, p. 104.
- LENOIR, SÉE et TARNIER. — Atlas complémentaire de tous les traités d'accouchements. Paris, 1865, p. 204.
- LETOUX. — Hydramnios et grossesse gémellaire. *Anjou méd.*, décembre 1905, p. 237.
- LOP. — De l'hémorragie interne dans le cas de placenta prævia. *Presse méd.*, Paris, 1898, juillet, p. 1.
- — Hémorragie rétroplacentaire au 5^e mois. *Bull. de la société d'obstétrique de Paris*, 1903, VI, pp. 280-283.
- LOUBRY. — Grossesse trigémellaire. *Echo méd. du Nord*, Lille, 1903, p. 176.
- MAGNIN (M.). — Accouchement gémellaire, inertie utérine. *Rev. mens. d'acc. de France*, Lyon, 1901, p. 24.
- MAJOCCHI. — Porto trigemino in donna albuminurica. *Arte ostetri.* Milano, 1902, pp. 200-212.

- MARIANTCHIK. — Un cas de grossesse trigémellaire avec fœtus papyracé. *Vratcheby. Gaz. St-Petersbourg*, 1903, 317.
- MARCHAL. — Etude du palper abdominal dans ses applications à la grossesse. Thèse Strasbourg, 1863.
- MARRAY. — Diagnostic de la position du fœtus. *The Lancet*, mars 1848.
- MATTEI. — Essai sur l'accouchement physiologique, 1855.
- MAURICEAU. — Traité sur les maladies des femmes grosses.
- MAYGRIER. — Diagnostic de la grossesse gémellaire. *J. méd. et chir. pratiques*, Paris, 1905, p. 571.
- MAYGRIER. — Accouchement gémellaire dans un bassin rétréci; deux versions podaliques. *Bull. Soc. d'obst.*, Paris, 1898, p. 118.
- MAYGRIER. — De l'accouchement gémellaire. *Obstétr.*, Paris, 1898, p. 428.
- MICHETTI (M.). — Caso di parte gemellare complicata da idramnios, e placenta prævia centrale. *Arte obstétr.*, Milano, 1903, p. 295.
- MÖRLOSE. — Deux cas d'accouchements triples. *J. d'accouchement*, Liège, 1902, p. 326.
- ONIMUS. — De la contractilité utérine. *Académie de méd.*, décembre 1882.
- OUI. — Grossesse gémellaire, avortement. *Echo méd. du Nord*, Lille, 1903, p. 325.
- OUI. — Grossesse gémellaire, hydropisie de l'amnios d'un seul œuf. *Echo méd. du Nord*, Lille, 1903, p. 176.
- PERRET. — Grossesse gémellaire. *Rev. obst. internat.*, Toulouse, 1897, p. 131.
- PINARD. — Traité du palper.
- — Des rétentions fœtales. *Méd. moderne*, Paris, 1904, p. 105.
- POLAILLON. — Physiologie de l'utérus gravide. *Ann. de gynécol.*, t. XIV, 1881.
- POLLOSSON. — Sur le diagnostic de la grossesse gémellaire dans certains cas d'hydramnios. *Lyon méd.*, 1898, p. 14.
- PORAK. — Grossesse gémellaire. *Méd. moderne*, Paris, 1897, p. 305.
- PROST. — Grossesse gémellaire. *Jour. des sages-femmes*, Paris, 1901, p. 218.
- PUECH. — Hémorragie du placenta normalement inséré. *Montpellier méd.*, 1903, XVII, pp. 329-331.
- QUEIREL. — Version par manœuvres externes. *Jour. d'obstétr. et de gynécol.*, Paris, art. 34, pp. 45, 55.

- RIBEMONT-DESSAIGNE et LEPAGE. — Précis d'obstétrique.
- ROBERT. — A case of quadruplets. *British med. Jour.*, sept. 1903, p. 629.
- RÖDERER. — Éléments de l'art des accouchements. Paris, 1755, trad., p. 75.
- RONDONI. — Gravidanza gemellare. Idramnios : Casistica *Lucina*. Bologna, 1901, IV, pp. 10-11.
- ROUSSEL. — Grossesse gémellaire, présentation des 2 sommets. *Jour. des sages-femmes*, Paris, 1900, p. 290.
- SAINT-GERMAIN (de). — Dict. de méd. et de chirur. prat. (*Électricité*), Paris, 1872, t. XV.
- SCANZONI. — Précis de l'art des accouchements, traduction Paul PICARD. Paris, 1859.
- SCHMITT (C.). — Grossesse gémellaire avec hydramnios chez une syphilitique. *Gaz. méd. de Nantes*, 1897-98, p. 370.
- SIMPSON. — Clinique obstétricale, trad. par CHANTREUIL. Paris, 1876.
- SMELLIE. — Traité de la théorie et de la pratique des accouchements. Paris, 1754-1765.
- THOYER-ROZAT. — Sur deux cas de grossesse triple. *Bull. Soc. d'Obstét.*, Paris, 1903, p. 140.
- VARNIER (H.). — Obstétrique journalière, p. 43.
— Voir FARABEUF.
- VAUDE-CAULER. — Accouchement gémellaire à terme, *Journ. des sages-femmes*. Paris, 1900, p. 134.
- VELPEAU. — Traité de l'art des accouchements, t. I, p. 194.
- VERDELET. — Grossesse gémellaire, dystocie fœtale, *J. de Méd. de Bordeaux*. 1900, p. 529.
- VERRIER. — Quelques difficultés qui se rencontrent dans le diagnostic de la grossesse gémellaire, XII^e Congrès intern. de méd. (section obstétr.) 1900, Paris, 1901, p. 492.
- VIANA. — Contributo allo studia della gravidanza composta *ann. di Obsite et gynecol.* 1905, p. 248.
- WILLENEUVE. — Thèse Montpellier, 1830.
- WIGAND. — De la version par manœuvres externes trad. par HERRGOTT (J.-F.), Strasbourg, 1857, p. 16.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	9
CHAPITRE PREMIER. — Définition.....	13
CHAPITRE II. — Valeur clinique de la tension permanente des parois pendant la grossesse.....	18
§ 1 ^{er} . — Pendant la première moitié de la grossesse.....	19
§ 2. — Pendant la seconde moitié de la grossesse.....	22
1 ^o Hydramnios.....	23
2 ^o Grossesses multiples.....	33
CHAPITRE III. — Valeur clinique de la tension permanente des parois utérines dans l'avortement et dans l'accouche- ment prématuré.....	40
CHAPITRE IV. — Valeur clinique de la tension permanente des parois pendant le travail.....	58
CONCLUSIONS.....	73
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	75

